This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

FÜNFUNDZWANZIGSTER BAND.

1897.

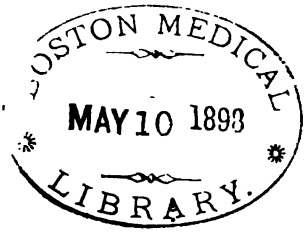
JULI BIS DEZEMBER.

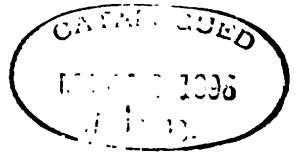
MIT FÜNF TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1897.





Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Cystitis und Ureteritis cystica und über die Septenbildung in der Schleimhaut der ableitenden Harnwege, von Ernst Delbanco 1
Historische Streifzüge (Celsus II. Teil), von Moritz Cohn 24
Die Injektionen von künstlichem Serum als Methode, den Tod nach Verbrennungen zu verhüten, von Tommasoli 57
Zwei Fälle von Neurolepriden, von Menahem Hodara 61
Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten, von Thomas Secchi 68. 109
Über Blastomyceten und hyaline Degeneration, von Marius Pelagatti 157
Filmogen, von P. G. Unna 159
Historische Streifzüge (Celsus III. Teil), von Moritz Cohn 161
Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome, von Menahem Hodara 205
Unangenehme Nebenwirkungen des Airols, von M. Goldfarb 228
Briefe aus Paris I., von C. Beck 229
Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum III., von R. Bergh 261
Die Sarkomatose der Haut, von Tommaso de Amicis 309
Über weitere Erfahrungen mit Ichthalbin (Ichthyoleiweifs), von Arnold Sack .. 365
Ein Fall von diffuser seniler Atrophie und Hyperpigmentose der Haut, von Arthur Jordan 373
Über das Haemolum hydrargyro-jodatum, von Stark 378
Historische Streifzüge (Celsus IV. Teil), von Moritz Cohn 380
Über Veränderungen an der Haut und den Eingeweiden nach Durchleuchtung mit X-Strahlen, von Oudin, Barthélemy und Darier 417
Zur Frage der Tuberculosis verrucosa cutis, von Arnold Sack 481
Die Behandlung der Syphilis mittelst Einspritzung löslicher und unlöslicher Quecksilberpräparate, von G. Soffiantini 487
Notiz zur Behandlung der Dermatitis medicamentosa, von Adalbert Frickenhaus 493
Über Ichthyol, von P. G. Unna 533
Zehn Fälle des Sarcoma idiopathicum pigmentosum cutis, von V. Semenow ... 539
Historische Streifzüge (Celsus V. Teil), von Moritz Cohn 545
Über Befunde in Resorcinschwarten, von Cornelius Beck 601
Zur Behandlung der Blennorrhoe, von Stark 615
Unangenehme Nebenwirkungen des Airols, von M. Goldfarb 618

Versammlungen.

Seite
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie 27. 164. 237. 273
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.....30. 82. 561
Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest 31. 126. 275. 562. 622
Berliner dermatologische Gesellschaft..... 79. 234. 618
Brooklyn dermatological and genito-urinary Society 83. 331
Londoner dermatologische Gesellschaft..... 130. 168
New Yorker Akademie der Medizin..... 132
Londoner pathologische Gesellschaft..... 171
Harveian Society of London..... 171
Ärztlicher Verein in Hamburg..... 237. 458. 621
Internationale wissenschaftliche Leprakonferenz in Berlin..... 446. 500. 550
Gesellschaft der Charité-Ärzte 457
Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur.... 458
Moskauer Kongrefs..... 493
Amerikanische dermatologische Vereinigung..... 565. 627

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis..... 34. 172. 281. 384. 508. 630
Dermatologische Zeitschrift 37. 175. 239. 511
The British Journal of Dermatology..... 40. 247. 285. 390. 518
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases..... 44. 255. 394. 467. 523
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 86. 180. 463
Annales des maladies des organes génito-urinaires 88. 250. 286. 392. 519
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 179. 462
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 242. 461
Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates..... 242. 515. 634
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 254. 466. 636
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma 289. 522
Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten. Heft XIII..... 459
Berichte aus John Hopkins Hospital 525
Dermatologisches Centralblatt 634

Besprechungen.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, von v. Baumgarten und Tangl..... 47
Syphilis im Kindesalter, von Heubner..... 48
Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten..... 49
Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg..... 50
Syphilis; Prostitution, von Sperk..... 50
Arbeiten aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. 182
Die Lepra, von v. Bergmann..... 183
Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der merkuriellen Stomatitis und Salivation, von Lanz 183
Klinische Beobachtungen über Beri-Beri, von Grimm..... 185
Kurzes Lehrbuch der Hautkrankheiten, von Pospelow..... 185
Jahresbericht über das Vestre-Hospital für 1896, von R. Bergh..... 396
De la dishidrose, von P. Farez..... 396
Chirurgie des voies urinaires, von E. Loumeau..... 396
Traité pratique des maladies vénériennes, von H. Berdal..... 396

Seite

Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von M. Chotzen 469. 643
Lehrbuch der Dermatologie, von Da Costa und van Praag 470
Variola, von Immermann 470
Die Pathologie der Schutzpockenimpfung, von L. Fürst 471
Über die Anwendung koncentrierter chemischer Lichtstrahlen in der Medizin, von Finsen 471
Praxis der Harnanalyse, von Lassar-Cohn 473
Therapie der Hautkrankheiten, von L. Leistikow 637
Cutaneous Medicine, von Louis A. Duhring 638
Neue Forschungen auf dem Gebiete der weiblichen Kriminalität, Prostitution und Psychopathie, von G. B. Moraglia 643
Repetitorium der Chemie, von Carl Arnold 643

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Frage der Histogenese des elastischen Gewebes, von Gardner 337
Über die Entwickelung der kollagenen Bindegewebsfibrillen bei Amphibien und Säugetieren, von Flemming 337
Beitrag zur Morphologie des Nagels, von Vigener 338
Über die Ursachen der Entwickelung des Bartes, von Schein 338
Über die Beziehungen des Haarsystems zur Färbung der Haut, von Bloch 339
Über das Pigment in Haut und Haar des Negers, von Abel und Davis 339

Mikroskopische Technik.

Neuer Apparat zur Untersuchung der Kontraktilität des Protoplasmas, von Morrihy 339
Tinktorielle Präokkupation und substraktive Tinktion, von Unna 339

Bakteriologie.

Der Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen, von Unna 340
Smegma- und Tuberkelbacillen, von Bunge und Trautenroth 341

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Zur Hautpathologie Algeriens, von Legrain 342
Über die Absorption von Jod, Jodoform und Äthyljodid durch die Haut, von Linossier und Lannois 342
Über die normale und pathologische Ausscheidung der Kohlensäure und des Wassers durch die Haut, von Barsatt 343
Über die therapeutische Verwendung der Ströme mit hoher Frequenz, von Oudin 343
Die Rolle, welche die embryonalen „Reste“ bei der Entstehung von Tumoren spielen, von Williams 343

Pharmakologie.

Bemerkungen über einige neuere Mittel für Hautkrankheiten, von Bulkley 258
Hausmanns Adhaesivum 258
Über den Okklusivverband mit Airolpaste, von v. Bruns 258
Über die Wirkung des Airols, von Casoli 259
Zur Anwendung des Glutols, von Saalfeld 259
Fünfzig klinische Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Airols, von Aievoli 259

Seite
Wirkung des Europhens bei Hautkrankheiten, von De Molènes 260
Über das Ichthalbin (Ichthyoleiweifs), ein geschmack- und geruchloses Ichthyolpräparat, von Sack 260
Über einen Fall von Intoleranz gegenüber Jodoform, von Capilongo 343
Jodoformkalomel in der Behandlung der Höhlenwunden, von Sprengel 343
Über Naftalan, von Isaac 344
Weitere Mitteilungen über Nikotianaseife, von Taenzer 344
Das Nosophen in der Dermatotherapie, von Ehrmann 344
Über Pflanzenfaserseife (Ubrigin). Ein Beitrag zur Desinfektion der operierenden Hände, von van Niessen 345
Über Vasogen, von Lassar 345
Pikrinsäure bei der Behandlung gewisser entzündlicher Hautaffektionen, von Maclennan 345
Über den Gebrauch von Sauerstoffgas bei der Wundbehandlung, von Stoker ... 345
Somatose, von Audhoui 346
Wasserstoffsuperoxyd bei Schleimhauterkrankungen, von Horowitz 346
Über Suppositorien und eine Methode sie darzustellen, von Lewin und Eschbaum 346

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Die nervösen und arthritischen Ödeme, von Potain 347
Über Tag- und Nacht-Harnabsonderung, Haut- und Lungenausscheidung bei Ödemen verschiedenen Ursprungs, von Iljisch 347
Ein Fall von akutem toxischen Gesichtsödem, von Meinert 348
Ein Fall von angioneurotischem Ödem, von Yarian 348
Urticaria der Respirationswege, von Delbrel 348
Blausucht, von Litten 349
Zur Behandlung der Frostbeulen, von Müller 349
Scharlachähnliche Ausschläge nach Operationen oder Traumen, von Packard .. 349
Die hämorrhagischen Infektionen des Menschen, von Silvestrini und Baduel 349
Ein Fall von Hämophilie, von Bienwald 350
Ein Fall von Haemophilia congenita, von Hutschnecker 350
Salipyrin Riedel bei Peliosis rheumatica Schönlein, von Mühlbauer 350
Purpura haemorrhagica mit rapidem letalen Verlaufe, von Russell 350
Ein zweijähriges Kind mit Purpura fulminans, von Georges 350
Beitrag zur Barlowschen Krankheit, von Pinner 351
Anatomische Präparate eines Falles von Barlowscher Krankheit, von Baginsky 351

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Über einen sehr schweren Fall von Dermatitis nach zweimaliger Anwendung von X-Strahlen; Pathogenese und Behandlung, von Apostoli 351
Schädliche Wirkung der Röntgenschen Strahlen, von Lannelongue 352
Einwirkung der Röntgenschen Strahlen auf die normale Haut und den Haarboden, von Forster 352
Die Folgen der X-Strahlen, von Reid 352
Dermatitis, verursacht durch Röntgenstrahlen, von Drury 353
Nachtrag zu dem Fall von Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen, von Marcuse 353
Über den Einfluss der Kathodenstrahlen auf die Haut, von Fuchs 353
Behandlung der Fissura ani mit Kokain und Ichthyol, von Chéron 353
Zur Kenntnis der medikamentösen Dermatosen, von Jadassohn 353
Über Karbolgangrän, von Czerny 354
Schweres Exanthem nach dem Gebrauch von Salipyrin, von Schmey 355

Seite

Eccema universale acutum als Folge von Empfindlichkeit gegen Jodoform, von Dressier ... 355
Dermatitis renalen Ursprungs, von Wickham ... 355
Über das Gift der Larven von Diamphidia locusta, von Boehm ... 355
Über die Wirkungen des Giftes der Larven von Diamphidia locusta, von Starcke 355
Zur Behandlung der Verbrennungen, von v. Bardeleben ... 355
Über die Behandlung von Brandwunden mit Aristol, von Walton ... 355
Wundheilung bei der schwarzen Rasse, von Plehn ... 356
Ein Fall von subcutaner traumatischer Lymphorrhagie, von Fiebiger ... 356

II. Neurotische.

Beitrag zur Ätiologie des Herpes zoster, von Asch ... 356
Zwei Fälle von Zona unterhalb des Knies, von Mahon ... 357
Über Herpes zoster als Vorläufer der Tuberkulose ... 357
Fall von bilateralem Herpes zoster bucco-pharyngeus, von Lermoyez und Barozzi ... 357
Die Bedeutung des Herpes labialis bei der Differentialdiagnose zwischen eitriger und tuberkulöser Meningitis, von Habel ... 357
Heilung eines Falles von Herpes zoster mit Methylsalicylat, von Chambard-Hénon ... 358
Ein Fall von Tabes mit Herpes zoster, von Westphal ... 358
Über einen Fall von Morvanscher Krankheit mit Autopsie, von Marinesco ... 358
Urticaria, Prurigo simplex mit Prurigo Hebrae, von Brocq ... 358
Über ein symptomatisches phlyktänoides Exanthem, von Campana ... 358
Beziehungen der Dermatitis herpetiformis zu Erythema multiforme und zu Pemphigus, von Duhring ... 359
Ein Fall von Polyneuritis mit multiplen schwielenartigen Granulationsgeschwülsten der Haut, von Fraenkel ... 359

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Prodromal- und sekundäre Exantheme, von Bernhard ... 92
Über Gelenkaffektionen im Verlaufe und im Gefolge von Scarlatina, von Marsden 93
Die Inkubationszeit der Scarlatina, von Behrendt ... 93
Über das Vorkommen von Masern bei Tieren, von Behla ... 93
Zur Kasuistik der Sekundärinfektion bei Varicellen ... 94
Ein Fall von Varicella gangraenosa; Diphtherie, Röteln und Varicellen zu gleicher Zeit, von Griffith ... 94
Die Blattern in Afrika und die Schutzpockenimpfung daselbst, von Schön ... 94
Klinisch-statistische Mitteilungen über die Blatternepidemien in Triest 1892—94. 95
Vaccination und Pocken in Birmingham, Derby, Dublin, Guernsey, Gloucester, Oldham ... 95. 96
Die Umwandlung der Blatternblasen in Pusteln, von Bryan ... 96
Die Bakteriologie der Vaccinia und Variola, von Copeman ... 96
Die Kirtlandschen Abbildungen der geimpften Variola und der Vaccine vom Jahre 1802, von Pfeiffer ... 97
Bericht über die im Jahre 1895 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von Voigt ... 97
Edward Jenners Leben und Wirken, von Wallis ... 98
Die Blattern und die Vaccination in Schweden, von Medin ... 98
Die Entwickelung der Jennerschen Prinzipien in der modernen Medizin, von Selander ... 98
Verzeichnis über schwedische Schriften in betreff der Blattern, der Inokulation und Vaccination, von Dahlgren ... 98
Vaccination und Revaccination mit animaler Lymphe, wie in Deutschland, von Drysdale ... 98
Zufällige Vaccination, von Abraham ... 98
Ein Fall von generalisierter Vaccine, von Widowitz ... 98

Seite

Ein Fall von reichlicher Entwickelung von Vaccinepusteln auf dem Boden eines Kopf- und Gesichtsekzems, von Riether ... 99
Ein Fall von papulösem Erythem nach Vaccination, von Fox ... 99
Das Vaccineprotozoon, von Vedeler ... 99
Zur Impftechnik, von Weissenberg ... 100
Die Diagnose des Scharlachfiebers, von Armstrong ... 359
Über scharlachähnliche Fälle in Fulham, von Lee ... 360
„Heimkehr"-Rückfälle bei Scharlachfieber, von Niven ... 360
Zur Frage der Scharlachnephritis, von Levy ... 360
Ein Fall von schwerer Gelenkerkrankung nach Scharlach, von Salman ... 360
Versuche von Serumtherapie bei Scarlatina, von Josias ... 361
Über einen Fall von Masern mit Pneumonie, gefolgt von Scharlach und Diphtherie, von Atkins ... 361
Die Masern in den Schulen, von Caspar ... 361
Masern unter den Haustieren, von Behla ... 361
Über Masernrecidive, von Feltz ... 361
Ein Fall von akuter aufsteigender Myelitis als Komplikation von Masern, von Ellison ... 361
Konvulsionen und Phlebitis bei Masern, von Mackey ... 362
Zur Prophylaxe der Masern, von Caspar ... 362
Die Wirkung der warmen Bäder bei Masern, von Rix ... 362
Röteln sind eine spezifische Krankheit, von Bromlee ... 363
Über das epidemische Auftreten der Roseola (Röteln), von Brownlee und Marshall ... 363
Streptokokken-Varicellen, von Bolognini ... 363
Die Inkubationsperiode der Varicellen, von Goodall und Washbourn ... 363
Von der Nichtidentität der Varicellen und der Variola, von Vostano ... 363
Zur Geschichte der Pockenimpfung, von Ebstein ... 363
Die Pockenstatistik der österreichischen Staatsbahngesellschaft, von Körösi ... 363
Blatternmortalität in Konstantinopel, von v. Düring ... 364
Eingehende statistische Erhebungen über drei Blatternepidemien, von Coupland 364
Die prodromalen Ausschläge der Pocken, von Robinson ... 364
Ein Fall von konfluierenden Pocken bei einem Lascaren, von Macphail ... 364
Fälle von rekurrierenden Pocken, von Newsholme, Davies und Ross ... 397
Ein Ausbruch von Pocken im Arbeitshause zu Cardiff, von Sheen ... 397
Bericht über Pockenfälle in Tewksbury im Frühjahr 1894, von Nichols ... 397
Pocken in Redruth ... 397
Genesung bei hämorrhagischen Pocken, von Ricketts und Frith ... 397
Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1895, von Stumpf ... 398
„Immunität" gegen Vaccine, von Robinson ... 398
Einfluss des Vaccineexanthems auf die Lokalisation der Mikroorganismen, von Arloing ... 399
Animale Impfung, von Hime ... 399
Kurze Mitteilung über eine Kuhpockenepidemie mit Übertragung auf den Menschen, von Kaempffer ... 399
Impfungen bei Greisen, von Lannois ... 399
Der Impfschutz der Hamburger Variolavaccine des Jahres 1881, von Voigt ... 399
Bericht der königlichen Kommission für Schutzpockenimpfung ... 400
Sicherste Methode bei Kuhpockenimpfung, von Jorissenne ... 400
Die „Jenner"-Impfstoffmühle, von Schutte ... 400
Über Lanolinimpfstoff, von King ... 400
Zur Impfstofffrage, von Chalybaeus ... 400
Keimfreie Lymphe, von Neidhardt ... 400

b. Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Zur Differentialdiagnose der Lepra, von Brasch ... 135
Bemerkungen zum vorliegenden Fall, von Blaschko ... 136
Klinische Beobachtungen an zwei Leprösen, von Brieger ... 136
Der Einfluss akuter, spezifischer Krankheiten auf die Lepra, von Todd ... 137

Seite

Lepra anaesthetica und maculosa, von Reynolds 137
Eine vielversprechende Behandlung der Lepra, von Crocker 137
Untersuchungen über Lepra, von Klingmüller und Weber 401
Lepra, von English 402
Über die Ursache der Lepra und ihre Ausbreitung in Europa, von Grossmann 402
Zur Bekämpfung der Lepra, von Jansen und Sederholm 402
Die Geschichte und die Verbreitung der Lepra in der Kap-Kolonie, von Todd. 403
Die römische Kirche und die Leprakranken von Columbia, von Ashmead 403
Vorhandensein des Hansenschen Bacillus in gewissen Absonderungen der Leprösen, von Gravagna 403
Ein ungewöhnlicher Leprafall, von Pelliszari 403
Lepra und Syringomyelie, von Laehr 404
Das neue Isländische Gesetz zur Einschränkung der Lepra 405
Zur Unterbringung der Leprösen, von Blaschko 405
Airol bei Lepra, von Fornara 405

β. *Tuberkulose.*

Über einen Fall von inokulierter Hauttuberkulose, von d'Urso 138
Über den Wert der Inokulationen bei der Diagnose der chirurgischen Tuberkulose, von Nannotti 138
Heilung lokaler Hauttuberkulose durch Stauungshyperämie (Baersche Stauung), von Woltersdorf 138
Ein Fall von Lupus vulgaris der oberen Extremität in disseminierten Herden, von Dubois-Havenith 138
Lupus geheilt mit Thyreoidextrakt, von Marson 139
Die subcutanen Injektionen nach Durante bei den verschiedenen Formen der chirurgischen Tuberkulose, von Campanini 139
Über Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox), Acne teleangiectodes (Kaposi), von Finger 405
Ergebnisse der Lupusbehandlung, von Lang 406
Die Behandlung des Lupus vulgaris durch Elektrolyse, von Ravogli 407
Thyreoidextrakt bei Lupus, von Barclay 407
Über Tuberkulin beim Lupus, von Campana 407
Über die Möglichkeit einer spontanen Heilung der experimentellen Lokaltuberkulose beim Kaninchen, von Palamidessi 408
Heilung eines intranasalen Lupus durch Guajakolvasogen, von Bergeat 408
Chirurgische Rhinoplastik nach Lupus, von Finny 408

γ. *Syphilis.*

Über den syphilitischen Primäraffekt in der Vagina, von Rille 50
Ein Fall von trophischer Kiefererkrankung infolge von Tabes, von Rille 51
Über syphilitische disseminierte Cerebrospinalsklerose, von Bechterew 52
Die heilbare und die stationäre Form der syphilitischen Rückenmarksschwindsucht und die Beziehungen beider zu den Gefäßen. Ein Beitrag zur Lehre von der Syphilis capillaris und zum chronischen Infarkt des Rückenmarks, von Adamkiewicz 53
Zur Richtigstellung und Abwehr in der Tabes-Syphilisfrage, von Storbeck 53
Zwei Fälle von Ulnarisneuritis bei sekundärer Syphilis, von Brunsgaard 54
Gummata des Gehirns, von Beadles 54
Über Augenaffektionen bei Gehirnsyphilis, von Zimmermann 54
Keratitis parenchymatosa und Iridocyclitis fibrinosa congenita, von Swoboda... 100
Die rasche Heilung von zwei Fällen syphilitischer Iritis durch intramuskuläre Sublimatinjektionen, von Urbino 100
Über Augensyphilis mit Albuminurie, von Berger 100
Über Leukoderma syphiliticum, von Dreysel 100
Über Pigmentsyphilis, von De Beurmann 101
Syphilis congenita und Tuberkulose, von Hochsinger 101
Kongenitale syphilitische Erkrankung des Testikels, von Robinson 101
Früher durchgemachte Lues als Grund gleichzeitiger schwerer Komplikationen beim Durchbruch des oberen und unteren Weisheitszahnes, von Ritter.... 101
Beiträge zur Syphilis visceralis (Magen-, Lungen-, Herzsyphilis), von Stolper... 101

Seite
Schnupfen bei acquirierter Syphilis, von Cooper ... 103
Syphilitische Stenose des Larynx, von Codd ... 103
Fall von doppelseitiger Paralyse der Stimmbänder infolge von Syphilis, von Bunch ... 103
Lungensyphilis, von Polain ... 103
Beiträge zur Kenntnis der Veränderungen in der Leber bei Syphilis, von Collan ... 104
Drei Fälle von spezifischer Leberhypertrophie mit chronischem Ikterus und Hypertrophie der Milz, von Hanot ... 104
Verengerung der perinealen Harnröhre bei einem Syphilitiker ... 105
Syphilitische Arteriitis der Aorta ascendens, von Pye-Smith ... 105
Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Nephritis, von Döderlein ... 139
Syphilitische Gelenkerkrankungen bei Kindern, von Robinson ... 140
Die chronisch-intermittierende Syphilisbehandlung und ihre Gegner, von Jessner 140
Über den Wert der frühzeitigen Quecksilberbehandlung der Syphilis, von Colombini und Simonelli ... 141
Behandlung der Syphilis, von Metzerott ... 141
Über den Wert der hypodermatischen Injektionen in der Behandlung der Syphilis, von Hallopeau ... 141
Die subcutane Kalomelbehandlung der Syphilis, von Breda ... 142
Über die Kalomelinjektionen bei Syphilis, von Asselbergs ... 142
Über Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit, von Waelsch .. 142
Zur Wirkung des Jodkaliums in der Frühperiode der Syphilis, von Baer ... 142
Die Serumbehandlung der Syphilis, von Barling ... 142
Hydrargyrum metallicum bei Syphilis, von Anuschat ... 143
Der Primäraffekt der Syphilis, von Ward ... 409
Über die Multiplizität des syphilitischen Primäraffektes, von Sack ... 409
Initialsklerose am oberen Augenlide, von Fuchs ... 409
Zwei Fälle von extragenitalem syphilitischen Primäraffekt, von Rille ... 409
Syphiliscontagium, von v. Zeissl ... 410
Über eigentümliche, spezifisch färbbare Gebilde in syphilitischen Produkten, von Winkler ... 411
Syphilitische Ulcerationen der Haut, von Ohmann-Dumesnil ... 412
Ikterus und akute Leberatrophie im Verlaufe einer frischen Syphilis, von Bozzolo ... 412
Die syphilitischen Erkrankungen des Auges, von Gessner ... 412
Die parenchymatöse Keratitis bei der erworbenen Syphilis, von Trousseau ... 413
Ein Fall von Gumma der Ciliargegend, von Highet ... 413
Über die acquirierte Syphilis des Herzens, von Grassmann ... 413
Syphilitische Myokarditis, von Rosenthal ... 415
Über Herzsyphilis, von Philips ... 415
Syphilis der Prostata, von Fochon ... 415
Behandlung der syphilitischen Perforationen der Nasenknochen ... 415
Das pustulo-krustöse Syphilid der Nasenspitze, von Ohmann-Dumesnil ... 416
Die syphilitischen Ulcerationen des Pharynx, von Ohmann-Dumesnil ... 416
Die Behandlung der Larynxsyphilis mit hochdosierten intramuskulären Sublimatinjektionen, von Glueck ... 416
Die Wirkungen der Syphilis in den oberen Luftwegen und ihre örtlichen Erscheinungen, von Fink ... 473
Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und Lues cerebrospinalis, von Cassirer ... 474
Tabes und cerebrospinale Syphilis, von Raymond ... 474
Eine Reihe von Fällen, welche den Einfluſs der Syphilis auf das plötzliche Eintreten alarmierender Störungen des Nervensystems illustrieren, von Steven ... 474
Fall von Syphilis maligna, von Lagrange ... 475
Ein Beitrag zur Kenntnis der cirkumskripten Muskelgummata im Anschluſs an eine Beobachtung solcher in der Halsmuskulatur, von Eger ... 475
Beiträge zur Ätiologie der tertiären Syphilis, von Lenz ... 475
Die künstliche Ernährung der syphilitischen Säuglinge, von Fournier ... 475
Weitere Beiträge zur Lehre von hereditärer Syphilis, von v. Düring ... 476
Rudimentäre, ophthalmoskopische Stigmata der kongenitalen Lues, von Antonelli 476
Zur Bedeutung der präventiven Therapie der Syphilis, von Lang ... 476

Seite

Über Syphilisbehandlung und Balneotherapie, von Neisser 477
Über Serumtherapie bei Syphilis, von Gasser 478
Die Wandlungen der Schmierkur und die neuesten Modifikationen derselben, von Frey 478
Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Quecksilberinjektionen, von Lane 479

b. *Malleus.*

Über einen Fall von akutem Rotz, von Forestier 416

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Die Milch und die epidemische Hautkrankheit, von Copeman 144
Über die Grundlage der Ekzembehandlung, von Petersen 144
Ekzem, geheilt mit Thyreoidextrakt, von Parker 144
Ekzem, behandelt mit Thyreoidextrakt, von Gilruth 144
Chronisches Ekzem mit Äthylchlorid behandelt, von Ricketts 145
Zur Behandlung des Waschekzems, von Philips 145
Ursache und Behandlung des infantilen Ekzems, von Alger 145
Ekzem der Beugeflächen, von Cantrell 145
Ein Fall von Psoriasis atypica, von Róna 145
Psoriasis und Herpes zoster, von Rebreyrend und Lombard 146
Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Jodothyrin, von Paschkis und Grosz 146
Dermatitis exfoliativa und Pemphigus, von Foxwell 147
Chronischer Pemphigus der Schleimhäute, von Thost 147
Fall von geheiltem Pemphigus foliaceus, von Hall 148
Behandlung der Trichophytie der behaarten Kopfhaut, von Sheffield 148
Formaldehyd gegen Trichophytie der Kopfhaut, von Salter 148
Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Psorospermosis cutanea vegetans, von De Amicis 149
Ätiologie und Pathogenese des Ekzems, von Leredde 568
Nephritis infectiosa acuta im Gefolge eines Eccema impetiginosum, von Barduel 568
Behandlung des Ekzems mit Pikrinsäure, von Gaucher 569
Impetigo, von Unna 569
Inguinale Trichophytie, von Frèche 569
Favus und Herpes tonsurans, von Müller 570
Fall von Favus der oberen Augenlider, von Frick 570
Beitrag zur Lehre vom Pemphigus, von Westberg 570
Pemphigus neonatorum, von Hauck 571
Akuter Pemphigus, von Eden Paul 572
Akutes Eccema des Gesichtes, von Jonsson 572
Pemphigoide Eruption bei Syringomyelie, von Campana 572

b. der Cutis.

Karbunkel, von O'Connor 149
Anthrax in Bermondsey, von Lucas 149
Die Behandlung des Karbunkels ohne Incision vermittelst Injektion, Durchspülung und Auflegens von Sublimatlösung, von Schalenkamp 149
Die Behandlung des Karbunkels, von Tomkins 150
Die lokale Behandlung des Karbunkels, von Richardson 150
Die Framboesia braziliensis oder Bouba, von Breda 150
Mykosis fungoides, von Hodara 150
Aktinomykosis der Augenhöhle mit einer Zusammenstellung von sieben anderen Fällen von Aktinomykosis, von Ransom 150
Über primäre Gangrän des Rachens, von Blumenau 151
Beitrag zur Klinik des Erysipels nach 597 eigenen Beobachtungen, von Roger . 151
Pneumokokkeninfektion bei Erysipel, von Roger 152
Ein Fall von monströser Elephantiasis aus den Tropen, von Rasch 152
Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum, von Grenzner 153

Seite

Lichen ruber planus, von Limont ... 153
Über die Behandlung der Aknepusteln und Komedonen, von Libersohn ... 153
Zur Behandlung der Acne rosacea, von Abrahams ... 153
Zur Behandlung des Phagedaenismus tropicus, von Rasch ... 153
Ätiologie und Behandlung der Bubonen, von Perry ... 154
Über subakute inguinokrurale Adenitiden, von Brault ... 154
Venerische Adenitis, von Ramazotti ... 154
Einige Versuche über Behandlung der eitrigen Bubonen mittelst Einspritzungen von Terpentinöl in die Drüsen, von Rondelli ... 155
Fall von Pemphigus vegetans, von Ludwig ... 572
Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans, von Neumann ... 572
Eine neue Form von Akne, von Petrini ... 573
Acne rosacea, von Ohmann-Dumesnil ... 573
Die Kataphorese als Heilverfahren für Sycosis coccogenes und parasitaria, von Ehrmann ... 573
Ein Beitrag zur Epidemiologie des Erysipels, von Ucke ... 574
Über das Erysipel der Lider, von Mermet ... 574
Pachydermie im Anschluſs an habituelles Gesichtserysipel, von Friedrich ... 574
Über das Marmorekesche Serum, von Courmont ... 575
Elephantiasis der Haut, von Prothon und Nové-Josserand ... 575
Über einen Fall von Elephantiasis mit tödlichem Ausgange infolge von recidivierendem Erysipel, von Jagot ... 575
Lichen planus, von Smith ... 576
Die Stomatitis aphtosa, von Levi ... 576
Zur Frage der Übertragung von Maul- und Klauenseuche auf Menschen, von Bussenius und Siegel ... 576
Ein Fall von Mykosis fungoides, von Dubreuilh ... 576
Über einen Fall von Granuloma fungoides (Mykosis fungoides Alibert), von Crull ... 576
Aktinomykose und Madurafuſs, von Unna ... 577
Pustula maligna des Halses, von Delore ... 578
Zur Pathogenese des venerischen Bubo, von Colombini ... 578
Die Behandlung der Bubonen mit Hydrargyrum benzoatum, von Schischa ... 578
Zur Therapie der Bubonen nach Langs Methode, von Bukowsky ... 579

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Extractum Chelidonii majoris gegen Carcinome, von v. Samson ... 155
Das Hautsarkom in Algerien, seine Häufigkeit und Heilbarkeit, von Legrain ... 156
Beobachtungen an einem Falle von multiplem Melanosarkom mit Melanurie, von Tietze ... 156
Zwei Fälle von Pigmentsarkom der Haut, von Steiner ... 186
Die Objekte und Grenzen der Krebsoperationen, von Cheyne ... 187
Krebsantitoxin, von Beale ... 187
Erysipeltoxine bei Mammatumoren, von Haslam ... 187
Über die hämolytische Wirkung der Krebstoxine; klinische und experimentelle Untersuchungen über das Blut und den Urin von Carcinomatösen, von Castelli ... 187
Der therapeutische Wert einer Mischung der Toxine des Streptococcus erysipelatis und Bacillus prodigiosus in der Behandlung inoperabler maligner Tumoren, von Coley ... 188
Chronischer Krebs der Brust von mehr als 30jähriger Dauer, von Nunn ... 188
Krebsartige Cysten der Brust, von Symonds ... 188
Eine Cyste der Brust als Krebs diagnostiziert, von Eddowes ... 188
Cystische Erkrankungen beider Brüste, von Robinson ... 189
Die Behandlung der malignen Tumoren mittelst der Streptococcuskulturen und der Mischkulturen von Streptococcus und Bacillus prodigiosus, von v. Sematzki ... 644
Über die Behandlung der malignen Tumoren durch Injektionen von Toxinen der Erysipelstreptokokken und des Bacillus prodigiosus (nach Kleeblatt und Coley), sowie durch Injektionen der sog. antikankrösen Präparate nach den Methoden von Richet und Héricourt und von Emmerich und Scholl, von Roncali ... 644

Seite

Bemerkungen über Methylviolett und dessen Anwendung bei malignen Erkrankungen, von Griffith-Davis ... 644
Keratinisierendes Epitheliom der Kopfhaut, von Shattock ... 644
Radikalheilung des Epithelioms, von Cerny und Trunecek ... 645
Kolloides Carcinom der Brust, von Snow ... 645
Ein Fall von multiplem primären Krebs, von Williams ... 645
Über Carcinombehandlung mit Streptococcus prodigiosus-Kulturen und negativem Resultat, von Korff ... 646
Pagets Krankheit der Brustwarze, von Clarke ... 646
Ein Fall von Pseudoleukämie mit spezifischer Erkrankung der Haut, von Pfeiffer ... 646

II. Benigne.

Psorospermosis (Darier). Keratosis hypertrophica universalis, von Schwimmer. 155
Cystische Erkrankungen beider Brüste, von Robinson ... 189
Ein Fall von Epithelioma contagiosum an den Augenlidern, von Salzer ... 189
Über die Übertragbarkeit der Molluscumkörperchen, von Casagrandi ... 189
Fibröser Tumor des Medianus, von Wallis ... 190
Akromegalie, von Dodgson ... 190
Ein Fall von Akromegalie, von Hagelstam ... 190
Fall von Akromegalie, von Roxburgh und Collis ... 190
Multiple Lipome, von Bidwell ... 191
Ein Fall von Lipom des Handtellers, von Margrave ... 191
Fall von multiplem Lipom ... 191
Warzige Hühneraugen an den Fußsohlen, von Evans ... 191
Adenom der Zunge, von Bidwell ... 192
Über das Lymphadenoma und seine Beziehung zu anderen krankhaften Geschwülsten, von Spencer ... 192
Bemerkungen über cystisches Lymphangioma in der Kindheit, von D'Arcy Power ... 192
Ein Fall von Angiom, von Bittner ... 193
Ein Fall von Lymphadenie der Haut, von Immermann ... 647
Über einen Fall von partieller Akromegalie, von Marzocchi und Antonini ... 647
Fall von multiplen, symmetrischen Lipomen, von Bayet ... 648
Zwei Fälle angeborener Geschwülste des Gesichtes, von Ewald ... 648
Cornu cutaneum des Ohres, von Coosemans ... 648
Die Hauthörner beim Menschen, von Laloy ... 648
Zwei Fälle von Cornu cutaneum und ein Fall von Cornu unguale, von Ohmann-Dumesnil ... 648
Sind die Verrucae vulgares übertragbar, von Jadassohn ... 649
Ein Fall von Akanthosis nigricans, von Collan ... 649
Über Neurofibromatosis und Tumoren in Beziehung zu Nerven, von Thomson. 649
Über vier Fälle allgemeiner Neurofibromatose, von Feindel ... 650
Ein neuer Fall von Neurofibromatose, von Delore ... 650

III. Pigmentanomalien.

Ein Fall von Melanosis arsenicalis, von Örbäk ... 193
Ein Fall von Melanodermie bei innerlichem Gebrauche von Arsen, von Holsti. 193
Diabète bronzé, von Hanot ... 194
Bronzekrankheit (Addisonsche Krankheit), von Sutherland ... 194
Die Nebenniere und die Ursache der Addisonschen Krankheit, von Auld ... 194
Zur Physiologie der Nebenniere, von Mühlmann ... 194
Über die Beziehungen zwischen Nebennierenerkrankungen (Morbus Addisonii) und Menstruationsstörungen, von Schmey ... 194
Suprarenalextrakt bei Morbus Addisonii, von Francis ... 195
Hautpigmentation, von Moutard-Martin ... 650
Ein Fall von hochgradiger allgemeiner Melanose bei melanotischem Sarkom, von Mehrer ... 650
Morbus Addisonii, von Duncan und Galt ... 651
Morbus Addisonii geheilt durch das Pulver von Nebennieren, von Tonoli ... 651
Morbus Addisonii und Organtherapie, von Schilling ... 651

Seite

Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii durch Exstirpation einer tuberkulösen Nebenniere, von Hadra und Oestreich 652
Zwei bisher noch nicht beschriebene Symptome Addisonscher Krankheit, von Renner 653
Addisonsche Krankheit mit Lungenphthise und atypischer Hautpigmentierung, Melanoderma mit symmetrischen Flecken von Leukoderma, von Hawthorne 653

Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

Zur Behandlung des Ulcus cruris varicosum mittelst Quecksilberoxyds, von Schalenkamp 195
Über Hämorrhoiden und ihre Behandlungsmethoden, von Stein 195
Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva, von Wolff 195
Behandlung der Ulcera varicosa cruris, von Desfosses 653
Uber die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Europhen 654
Rapid sich verbreitende Gangrän, behandelt mit Antistreptokokkenserum, von Steele 654
Über einen Fall von raschem Ergrauen der Haare, von Féré 654
Entfärbung der Haare unter dem Einflusse von Gemütsaffekten, von Féré 654

II. Spezifische.

Die Behandlung der Alopecie, von Brocq 196
Über eine Modifikation der stimulierenden Behandlungsmethode der Alopecia areata, von Panichi 197
Alopecia totalis neurotica, von Steindler 197
Die Alopecia areata bei den Kindern, von Feulard 197
Beitrag zur Lehre von der Entstehung der Trichorrhexis nodosa, von Richter. 197
Zur Ätiologie und Behandlung der Trichorrhexis nodosa, von Stadler 198
Xeroderma pigmentosum, von Lesser 198
Vergrößerte Schilddrüse. Verschwinden derselben gefolgt von Myxödem, von Smith 198
Weitere Mitteilungen über den ersten mit Thyreoidextrakt geheilten Fall von Myxödem, von Murray 199
Myxödem, von Guthrie 199
Einige Effekte der Thyreoidektomie bei niederen Tieren, von Murray 199
Über die Ätiologie der Trichorrhexis nodosa, von Markusfeld 655
Die Radikalbehandlung der Alopecia areata, von Lorot 655
Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter und über das Fettsklerem, von Knoepfelmacher 655
Ein Fall von Sklerodermie, von Engelmann 655
Ein Fall von Sklerodaktylie, von Stephan 656

Idioneurosen.

Die Behandlung des Pruritus ani mit Kollodium, von Samways 579

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein seltener Fall von Pityriasis versicolor, von Smith 580

Mifsbildungen.

Ein Fall von abnormer Entwickelung des Bartes, von Schein 580
Naevus pigmentosus, von Bannerman 580
Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus, von Freund 580
Nachtrag zu vorstehendem Artikel, von Freund 581

Seite

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Über den Wert der Cystoskopie und des Ureter-Katheterismus beim Weibe, von Mainzer ... 105
Die praktische Bedeutung der modernen Cystoskopie, von Ries ... 106
Über die im männlichen Geschlechtsapparate vorkommenden Krystallbildungen, von Lubarsch ... 106
Hermaphroditismus spurius, von Martin ... 106
Zur Sterilisation elastischer Katheter mittelst Formaldehyddämpfen, von Oppler 106
Eine Hutnadel in der Urethra, von Garman ... 107
Bemerkung über das Vorhandensein von Spermatozoen in gewissen chronischen Urethralausflüssen, von Guépin ... 107
Klinische Vorlesung über Retentionscysten der Cowperschen Drüsen als Ursache chronischer Urethritis, spasmodischer und organischer Strikturen und Urinextravasation, von Fenwick ... 107
Urinabceſs infolge urethraler Striktur, von Ravogli ... 108
Bequemes Verfahren zur Erweiterung von Harnröhrenstrikturen, von Gerson .. 108
Zur Behandlung der undurchdringlichen Strikturen der Harnröhre, von Dobrochotow ... 108
Über kongenitale Dilatation der Urethra mit Hypospadie, von Potarca ... 108
Kongenitale Verengerung der Urethra mit Harnröhrenstein, von Loumeau 199
Über die Gefahren der forcierten plötzlichen Erweiterung der Harnröhren bei Strikturen, von Beckett ... 199
Gute Resultate nach Resektion der Urethra, von Fuller ... 200
Über die Centren der Harnblase, von Bechterew ... 200
Die klinischen Merkmale des einfachen, solitären Geschwürs der Harnblase, von Fenwick ... 200
Blasenruptur im Anschluſs an Arsenmedikation, von Caiger ... 201
Über die verschiedenen Erklärungen der spontanen Fraktur von Blasensteinen, von d'Estrées ... 201
Einige Fälle von Lithiasis im Kindesalter, von Schweiger ... 202
Der hohe Blasenschnitt bei Lithiasis, von Johnson ... 202
Soor der Harnblase, von v. Frisch ... 202
Die Blase nach doppelseitiger Kastration wegen vergröſserter Prostata, von Colley ... 202
Das beste Verfahren bei Cystotomia suprapubica die Blase zu öffnen. von Dandolo ... 203
Beziehungen der vorderen Blasengegend zum Bauchfell in den verschiedenen Altersstufen, von Romary ... 203
Enuresis nocturna, von O'Connell Redmond ... 204
Die Behandlung der Enuresis, von Nason ... 204
Zur Ätiologie und Behandlung der Enuresis, von Köster ... 289
Ein einfaches Mittel gegen Enuresis, von Prendergast ... 290
Ein durch Massage geheilter Fall von Incontinentia urinae, von Bestschinsky 290
Tuberkulöse Cystitis, von D'Haenens ... 290
Zwei Fälle von Cystitis mit Befund von Diplobacillus-Friedländer, von Mont-Saavedro ... 290
Die elektrische Behandlung der Impotenz, von Althaus ... 290
Technik und praktische Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden, von Kutner ... 526
Cystoskopie, von Casper ... 527
Ein neues Cystoskop, von Guyon ... 527
Über Hermaphroditismus, von Menke ... 527
Folgezustände eines zu kurzen Frenulum praeputii, von Loumeau ... 528
Zufällige Verätzung des Penis, von Allen ... 528
Ein eingeklemmter Harnröhrenstein, von Kutner ... 528
Urethrotomia externa bei einem Kinde nebst anderen Fällen, von Hammond.. 528
Einklemmung eines Harnsteins in der Urethra bei einem kleinen Mädchen ... 528
Über die vermeintlichen Tysonschen Drüsen, von Sprunck ... 528
Die günstige Beeinflussung der Harnröhrenschleimhaut durch den Katheterismus, von Guyon ... 529

Seite
Ein Fall von traumatischer Striktur der Pars membranacea, von Bazy 529
Die therapeutische Verwertung der Elektrolyse, insbesondere bei Strikturen, von Lang 529
Dilatationsverweilkatheter mit zurückziehbarer Leitsonde, von Voswinkel 530
Letaler Ausgang nach Sondierung der verengten Harnröhre, von Zuckerkandl 530
Enormes Fibrom des Hodensackes, von Gauthier 530
Beitrag zum Studium der Vesico-Umbilikalfistel, von Trogneux 531
Ein Blasenphonendoskop, von Heard 531
Über die Lymphgefäfse der Blase, von Gerota 531
Über Leukoplakia vesicae 531
Über lokales circumscriptes Amyloid in der Harnblase, von Solomin 532
Blasendivertikel, von Rafin 532
Die Totalexstirpation der Blase wegen eines diffusen Tumors, von Tuffier 532
Ein Fall von pathologischer (idiopathischer) Blasenruptur, von Cuff 581
Ein neuer Mifsstand beim Blasenstich im Hypogastrium, von Taillefer 582
Cystotomia und Cystotomia perinealis. Direkte Drainage des Blasengrundes vom Damm aus, von Rochet und Durand 582
Appendicitis calculosa, die sich in die Blase öffnet. Laparatomie, Heilung, von Leplat 583
Vorlesungen über Blasensteine und Prostatabeschwerden, von Harrison 583
Die Steinkrankheit in den alten Herzogtümern Lothringen und Bar, von Paulin 583
Ein Stein in der Blase. Lithotomie mit nachfolgender Litholapaxie, von Hendley 583
Anwendung der Röntgenstrahlen zur Untersuchung der Gallen- und Blasensteine, von Buguet und Gascard 584
Blasenstein und Prostataerkrankung, von Harrison 584
Entfernung eines grofsen Blasensteines durch Litholapaxie, von Nixon 584
Die besten Methoden der Entfernung grofser Steine aus der Blase, von Freyer 585
Bemerkungen über Blasensteine, von Keegan 585

b. Hoden und Samenbläschen.

Zur operativen Behandlung der Varicocele, von Zoege-Manteuffel 291
Maligner Tumor des Samenstranges, von Morgan 291
Zwei Fälle von Testikelsarkom auf traumatischer Basis, von Rovsing 291
Hysterische Epididymitis, von Morel 291
Wechselbeziehungen zwischen Parotitis und Orchitis, von Aronson 292
Die Beziehungen zwischen Onanie und Irrsinn, von Goodner 585
Ein Fall von angeborener Verlagerung des Nebenhodens, beobachtet bei einem dreijährigen Knaben, von Bajardi 585
Carcinom des Testikels, von Kanthack und Pigg 585
Eine neue Behandlung der Nebenhoden- und Hodenentzündung, von Tuttle ... 586
Über die Radikalbehandlung der Hydrocele durch Excision des Sackes, mit Bemerkungen über 22 Fälle, von Southam 586
Radikalbehandlung der Hydrocele, von Verhogen 586
Die Inversion der Tunica vaginalis bei der Behandlung der Hydrocele, von Etiévant und Barral 586
Über die Abtragung der Tunica vaginalis testis und die künstliche Obliteration der Scrotalhöhle, von Alessandri 586

c. Prostata.

Kritisch-experimentelle Beiträge zur modernen Behandlung der Prostata-Hypertrophie, von Sackur 292
Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von Richter 292
Zur Radikalkur der Ischurie infolge von Prostatahypertrophie durch Kauterisation der Prostata vom Rectum aus, von Negretto 293
Ein Fall von doppelseitiger Kastration wegen prostatischer Urinretention, von Southam 293
Ein Fall von Prostatahypertrophie behandelt mit doppelseitiger Kastration, von Maidlow 293
Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie, von Charlton 293
Kastration wegen Prostatahypertrophie, von Brownfield 293

Seite

Über die Bedeutung der Kastration für die Behandlung der Prostatahypertrophie, von Socin ... 294
Über die Resektion der Vasa deferentia bei der Behandlung der Prostatahypertrophie, von Nové-Josserand ... 294
Resektion des Vas deferens bei Prostatahypertrophie, von Köhl ... 294
Über die hypogastrische Öffnung bei den Prostatikern, von Bazy ... 587
Ein Fall von Hydatidencyste der Prostata nebst Cysten des Peritonealraums und der Leber, von Winterberg ... 587
Carcinom der Prostata bei einem Hunde, von Rouville ... 587
Prostatahypertrophie, von Hottinger ... 587
Ambulatorische Behandlung der Prostatiker mit dem Verweilkatheter, von Bazy 588
Über die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von Mac Ewan ... 588
Beiträge zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, von Allina ... 588
Chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von Petit ... 589
Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Herold ... 590
Die Resektion des Vas deferens zur Heilung der Prostatahypertrophie, von Koehler 590
Behandlung der Alters-Dysurie durch Einschneiden und doppeltes Unterbinden der Samenleiter, von Isnardi ... 591
Bericht über zwei erfolgreiche Fälle von Prostatektomie, von Hotchkiss ... 591
Die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini, von Freudenberg ... 591
Massage der Prostata, von Gardner ... 592

d. Nieren, Ureteren und Harn.

Arzneistoffe, welche im Urin ausgeschieden werden, von Moeschel ... 294
Über alimentäre Albumosurie, ein Beitrag zur Diagnostik ulcerativer Darmprozesse, von Chvostek und Stromayer ... 294
Untersuchungen über die Albuminoide des eiterigen Harnes, von Leidié ... 295
Über den Wert der Harncylinder in Bezug auf die Prognose der Albuminurie, von Bard ... 295
Zur vergleichenden Schätzung der verschiedenen Methoden für die quantitative Eiweifsbestimmung im Harn, von Wassiliew ... 295
Über die Acetonurie, von Hirschfeld ... 296
Bakteriurie, von Goldenberg ... 296
Hämoglobinurie bei Malaria, von Stewart ... 296
Hämoglubinurie bei Malaria, von Potter ... 297
Harnsäure und Gicht, von Rosenfeld ... 297
Einige Wirkungen der Diät auf die Harnsäureausscheidung, von Haig ... 297
Oxalurie, von Ouchterlony ... 297
Über den Wert der Bestimmung des organischen Phosphors im normalen und pathologischen Urin, von Ceconi ... 298
Ureterenkathater, von Kolischer ... 298
Kongenitale Striktur des Ureters, von Pitt ... 298
Der Katheterismus der Ureteren beim Weibe, von Kolischer ... 298
Zur permanenten Katheterisation der Ureteren nach der Epicystotomie, von Dasaro-Cao ... 299
Ein Fall von Prolaps der weiblichen Urethralschleimhaut, von Kushew ... 299

e. Labien, Vagina etc.

Über die Verletzungen der Vagina sub coitu, von Michnow ... 299
Ulcus serpiginosum vulvae, von Barbour ... 299
Elephantiasis vulvae, von Kidd ... 299
Über den diagnostischen Wert der mikroskopischen Untersuchung der weiblichen Genitalsekrete, von Lanz ... 300
Ein Fall von Riesenpapillom nicht blennorrhoischer Ursache, von Róna ... 300

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Reaktion des blennorrhoischen Eiters und der Urethralschleimhaut und über die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des Gonococcus, von Colombini ... 300

Seite

Über die forensische Bedeutung des Gonokokkennachweises, von Ravogli 301
Über das Verhalten des Gonococcus zur Gramschen Färbemethode, von Hijmans van den Bergh 301
Beiträge zur Frage der Übertragung der Gonokokken bei Augenblennorrhoe, von Welander 302
Über die Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen in Deutschland, Österreich-Ungarn und der Schweiz, von Hermann Cohn 302
Ophthalmia neonatorum, von Ferguson 302
Die Diagnose der blennorrhoischen Entzündung, von Mc Cann 302
Zur Prophylaxis der blennorrhoischen Infektion beim Manne, von Nobl 303
Fall von Rheumarthritis blennorrhoica mit tödlichem Ausgange, von Hawkins . 303
Ein Beitrag zu den blennorrhoischen Gelenkentzündungen, von Schueller 303
Tödliche Cerebrospinalmeningitis und akute Blennorrhoe, von Fürbringer 304
Zur Kasuistik der diffusen blennorrhoischen Peritonitis, von Bensinger 304
Blennorrhoe des Rectums und des Mundes, von Larsen 304
Diagnose und Behandlung der blennorrhoischen Metritis, von Appert 305
Über Radikalbehandlung der venerischen Bartholinitis, von Nobl 305
Weitere Mitteilung zur Abortion der Blennorrhoea incipiens, von Goldberg ... 305
Die Behandlung des Trippers durch innerliche Mittel, speziell mit Extr. fluid. Kawae-Kawae, von Abramowitsch 306
Die Therapie der akuten Blennorrhoe der Harnröhre, von Finger 306
Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Komplikationen. Zur Therapie der periurethralen Abscesse und der Prostatitis blennorrhoica, von Ehrmann 306
Behandlung der Blennorrhoe mit Airol, von Howald 306
Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol, von Leguen und Lévy 307
Über die Behandlung der akuten Blennorrhoe und der venerischen Bubonen mit Airolemulsion, von Merlin 307
Über die Technik und Erfolge der Behandlung der Blennorrhoe mit Spülungen von Kalium permanganicum, von Strauss 307
Über die Heilung des Trippers mit gasartig in der Harnröhre verdunstenden Substanzen, von Güntz 308
Studie über die Behandlung der akuten blennorrhoischen Cystitis beim Manne, von Charalambieff 308
Statistische Beiträge zur Blennorrhoe der Prostituierten, von Lappe 593
Primäre bakterielle Blennorrhoe, von Eraud 594
Jugendliche Blennorrhoiker, von Lofton 594
Ein interessanter Fall von Blennorrhoe bei einem Kinde, von Westervelt 594
Ein tödlich verlaufener Fall von akuter Blennorrhoe, von Klamann 595
Über experimentelle Blennorrhoe im Auge neugeborener Kaninchen, sowie Erfahrungen über die Kultur des Gonococcus, von Heller 595
Schwere blennorrhoische Infektion mit Hyperkeratose der Haut, von Chauffard 595
Das Guajakol bei der blennorrhoischen Orchepididymitis, von Sienne 596
Über die Albuminurie bei der Blennorrhoe, von Colombini 596
Über Endocarditis blennorrhoica, von Siegheim 596
Über Gonokokkenendocarditis, von Carageorgiades 597
Blennorrhoische Peritonitis, von Mc Cann 597
Fall von Rectitis blennorrhoica, von Griffon 597
Bakteriologischer Beitrag zum Studium der periurethralen Abscesse infolge von Blennorrhoe, von Stanziale 597
Verwendung der Röntgenstrahlen beim Studium eines Falles von Rheumatismus deformans mit Tripperursprung, von Achard 597
Fall von blennorrhoischer Arthrosynovitis im Kindesalter, von Moncorvo 598
Über blennorrhoische Gelenkentzündung, von Koenig 598
Gonokokken, aus einem Kniegelenk durch Punktion gewonnen, von Leyden ... 598
Der Gonococcus und die öffentliche Prophylaxis der Blennorrhoe, von Finger.. 599
Über die Gonokokkose, von D'Aulney 599

Seite

Verschiedenes.

XII. Internationaler medizinischer Kongreſs zu Moskau 19.—26. August 1897. VIII. Sektion (Dermatologie und Syphilis) 54. 56
Ein Fall von frühzeitigem Erwachen des Geschlechtslebens, von Mazzi 479
Zur Therapie der Impotentia coeundi, von Netschai-Grusewitsch 479
Eine bakteriologische Untersuchung über den relativen Wert der für die Desinfektion der Hände gebrauchten Agentien, von Leedham-Green 480
Ein Fall von abnormer Entwickelung des Platysma myoides bei einem Geisteskranken, von Mirto 480
Über eigentümliche Zeichnungen auf der Haut einer vom Blitze getroffenen Frau 480
Specifikum gegen Beriberi, von Ashmead 600
Die Bubonenpest, von Cantlie 600
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Zeitschrift, herausgegeben von Deycke und Albers-Schönberg 656
Neuer Röntgenprospekt von Reiniger, Gebbert und Schall 656

IV. Notizen.

(Vacat.)

V. Sachverzeichnis 657
VI. Namenverzeichnis 680

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.

Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome, von Menahem Hodara (Tafel I u. II) 205
Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum III, von R. Bergh (Tafel III u. IV) 261
Über Befunde in Resorcinschwarten, von Cornelius Beck (Tafel V) 601

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. 1. Juli 1897.

BOSTON MEDICAL LIBRARY MAY 10 1898

[Aus dem pathologischen Institut der Universität Königsberg i. Pr.]

Cystitis und Ureteritis cystica und über die Septenbildung in der Schleimhaut der ableitenden Harnwege.

Nach einem am 9. Januar 1897 in der biolog. Sektion des Hamburger ärztl. Vereins gehaltenen Vortrag.

Von

Dr. Ernst Delbanco.

(Mit 2 Abbildungen im Text.)

I.

Bei der Cystitis und Ureteritis cystica handelt es sich um eine durchaus gutartige Affektion, die als solche in gewissem Grade schon dadurch gekennzeichnet ist, dafs sie wohl immer einen zufälligen Befund auf dem Leichentisch darstellt. Ihr Bild ist fast immer das gleiche. Mit Einschlufs des Nierenbeckens zeigt die Schleimhaut der ableitenden Harnwege, der Ureteren, vornehmlich in den oberen Abschnitten und der Blase bis linsen- oder erbsengrofse Cysten, welche zum Teil über die Schleimhautoberfläche sich vorbuckeln und mit zähem, klarem Inhalt gefüllt sind.

Die Anschauungen über diese multiple Cystenbildung gehen noch auseinander. Es handelt sich sicherlich um eine seltene Affektion. Lubarsch[1] ist ihr Bild unter 3000 Sektionen viermal entgegengetreten.

In der neueren Litteratur liegen über die Cystitis und Ureteritis cystica zwei eingehende Untersuchungen vor, von Lubarsch[2] und von Aschoff.[3]

Die beiden Autoren ziehen für eine Erklärung die feineren histologischen Verhältnisse der Schleimhaut der ableitenden Harnwege heran.

Die einheitliche Grundlage, auf welche durch die erwähnten Arbeiten die weitere Erforschung der Affektion gestellt war, erfuhr in der neuesten Zeit durch von Kahlden[4] eine starke Anfechtung. Nicht nur ist die histogenetische Entwickelung der Cysten nach von Kahlden eine von den früheren Angaben abweichende, der Autor nimmt auch eine parasitäre Natur der Erkrankung an.

Ribbert[5] hat kürzlich in einem Referat von Kahldens Beweise für die parasitäre Natur der Erkrankung zurückgewiesen und im wesentlichen Lubarsch und Aschoff zugestimmt.

Vor von Kahlden, der in seiner Arbeit die Litteratur erschöpfend behandelt hat, haben bereits eine Reihe Autoren über Parasitenbefunde bei der Cystitis und Ureteritis cystica berichtet. Pisenti,[6] Silcock,[7] Eve,[8] Jackson Clarke[9] vermeinten Parasiten aus der Klasse der Sporozoen gesehen zu haben, Bland Sutton[10] schreibt über den Befund des Coccidium oviforme innerhalb der Cysten.

Es ist ja von vornherein zuzugeben, dafs dem makroskopisch allerdings fast immer gleichen Bild eine verschiedenartige Entwickelung zu Grunde liegen kann; ebensowenig ist es abzuweisen, dafs in dem Falle eines parasitären Ursprunges der Veränderung verschiedene Parasiten den gleichen Erfolg herbeiführen können.

Auffallend ist es immerhin, dafs von Kahlden in seinen beiden Beobachtungen von einander abweichende Gebilde gefunden hat; in dem ersteren Falle glaubte er bestimmt das in der Harnblase des Hechtes lebende Myxosporidion vor sich zu haben.

Bemerkenswert ist, dafs die Sektionsprotokolle der in der Litteratur niedergelegten Fälle von Cystitis und Ureteritis cystica mit nur wenigen Ausnahmen über infektiöse Prozesse in den ableitenden Harnwegen oder in den mit letzteren in Verbindung stehenden Organen berichten. Dieser Umstand mag einzelnen Autoren eine infektiöse Natur der Affektion besonders nahegelegt haben.

Ein weiterer, sehr häufig in den Sektionsprotokollen wiederkehrender Befund ist eine Granularatrophie der Nieren. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelte es sich um alte Individuen.

Bei der ganzen Sachlage dürfte es darum geboten erscheinen, über weitere genau untersuchte Fälle von Cystitis und Ureteritis cystica zu berichten.

Durch das gütige Entgegenkommen des Herrn Professor Nauwerck ist es mir vergönnt, über zwei von ihm beobachtete Fälle berichten zu dürfen. Das Material habe ich bereits in Celloidin eingebettet vorgefunden, von dem einen Fall standen mir aufserdem fertige Präparate zur Verfügung.

In dem ersten Falle war die Todesursache die Perforation eines oberhalb der Teilungsstelle gelegenen kindskopfgrofsen Aneurysma der Bauchaorta gewesen. Von Interesse ist für uns dann noch an den Sektionsbefunden, dafs die linke Niere im Becken Steine aufwies, selbst deutlich an ihrer Oberfläche granuliert war, dafs weiterhin der linke Ureter dilatiert war, das Bild der Ureteritis cystica bot, sein Lumen durch einen Stein verlegt war. Weiterhin fand sich noch eine Cystitis mit Steinen im Lumen der Blase.

In dem zweiten Falle hatte eine progressive perniciöse Anämie vorgelegen und als weitere für uns wesentliche Angaben stehen verzeichnet: ein Fehlen des linken Ureters und der linken Niere, eine Hypertrophie der deutlich fein granulierten rechten Niere. Pyelitis cystica, Ureteritis und Cystitis cystica.

Das Material beider Fälle war in MÜLLERscher Flüssigkeit fixiert worden. Zur Färbung hatte vorwiegend Hämatoxylin unter einer Eosingrundierung gedient.

Für die Bestimmung des Cysteninhaltes und etwaiger Einschlüsse sind dann noch eine Reihe anderer Färbemethoden herangezogen worden, soweit es die Art der Fixierung gestattete.

Bevor ich jetzt an die Erläuterung meiner Präparate herantrete, sei es mir gestattet, in kurzen Zügen die wichtigsten der verschiedenen in der Litteratur niedergelegten Anschauungen über die histologische Entwickelung der Cysten wiederzugeben. Ein Verständnis unserer eigenen Präparate wird dadurch wesentlich erleichtert.

Die Schwierigkeit für eine klare Deutung des Bildes liegt in der Frage nach dem Vorhandensein wirklicher Drüsen in den in Betracht kommenden Schleimhäuten begründet.

VIRCHOW [11] bespricht in seinen „krankhaften Geschwülsten" Veränderungen, welche auf Retention in den Vertiefungen der Ureterenschleimhaut, sogenannten Krypten, zurückzuführen sind. Trotz Flachheit der Krypten und Weite der Ostien kann es nach VIRCHOW zu Retentionen kommen, indem durch seitliche Verschiebungen ein klappenartiger Verschluſs herbeigeführt wird; entzündliche in der Schleimhaut spielende Prozesse vermögen weiterhin wirkliche Atresien der Ostien zu bewirken.

Auch nach LITTEN [12] bildet die erste Veranlassung zu der polycystischen Entartung der Ureterenschleimhaut die Retention eines Sekretes der Schleimhaut, ob Drüsen oder einfache Vertiefungen solches liefern. In seinem Falle hatte ein Konkrement im Ureterenlumen entzündliche Veränderungen der Schleimhaut und von solchen abhängige Retention geschaffen. Das Miſsverhältnis zwischen Häufigkeit von Katarrhen in den ableitenden Harnwegen und der Seltenheit der polycystischen Schleimhautentartung setzt nach LITTEN für letztere eine abnorme Tiefe der Krypten oder eine ungewöhnlich reiche Entwickelung von wirklichen Drüsen voraus.

EBSTEIN [13] läſst in seinem Fall die Cysten aus Erweichungen des dicht infiltrierten Schleimhautgewebes hervorgehen, ohne übrigens diesen Modus auf andere Fälle auszudehnen.

HAMBURGER [14] leitet das Bild ab von Veränderungen, welche nach dem Autor höchst unregelmäſsig gelagerte und den oberen Harnleitungsabschnitt bevorzugende Drüsen mit Ausführungsgängen eingehen.

D'AJUTOLO[15] läfst Cysten mit schleimigem Inhalt aus vorhandenen Drüsen, Cysten mit serösem Inhalt aus neugebildeten Krypten der Schleimhaut sich entwickeln.

Für die Autoren, welche eine parasitäre Grundlage vermuten, treten mit Ausnahme VON KAHLDENS die histologischen Veränderungen in den Hintergrund.

VON KAHLDEN giebt für seine zweite Beobachtung keine histologischen Angaben; in wieweit sie der ersteren histologisch nahesteht, ist nicht recht ersichtlich. Für den ersten Fall ist die Anlage der Cysten in einer pathologischen Epithelwucherung gegeben, welche meist kolbenförmig über das Niveau der Schleimhaut vorragt, selten in das Gewebe des Ureters hinein vordringt. In vereinzelten Bildern war das Epithel in Schläuchen nach Art eines Adenoms angeordnet. In der Mitte des Zapfens lockert sich das Epithel auf oder auch die adenomartige Wucherung als solche, wobei das Bindegewebe mehr in die Peripherie rückt. Die Auflockerung führt zur Bildung von Cysten, welche innen mit Epithel ausgekleidet, nach aufsen vom Bindegewebe begrenzt sind.

Diese komplizierten Vorgänge sind nach VON KAHLDEN unabhängig von entzündlichen Prozessen in der Schleimhaut und von den VON BRUNNschen Epithelnestern.

An letztere, so wohlbekannt sie auch sind und so oft sie citiert werden, mufs ich anknüpfen und bei ihnen des ausführlicheren verweilen, bilden sie ja auch die Grundlage für die Auffassungen von LUBARSCH und ASCHOFF über die polycystische Entartung der Schleimhaut.

In seiner Arbeit über drüsenähnliche Bildungen in der Schleimhaut des Nierenbeckens, des Ureters und der Harnblase hat VON BRUNN[16] als erster auf Epithelnester hingewiesen, welche — solide oder zum Teil auch ausgehöhlt — in der Schleimhaut der Harnwege lagern und entweder mit der Schleimhaut noch in Berührung stehen, oder völlig von ihr abgetrennt sind.

Diese Epithelnester haben nach VON BRUNN mit drüsigen Bildungen nichts zu thun.

Über die Entstehung der Epithelnester hat VON BRUNN eine besondere Ansicht entwickelt, die von uns in des Autors eigener Fassung angeführt werden soll.

Die Voraussetzung für VON BRUNNS Erklärung ist eine anatomische Eigentümlichkeit der Schleimhaut des Ureters, der Harnblase und des Nierenbeckens, die darin bestehen soll, dafs sehr feine Bindegewebssepten zwischen den Epithelzellen emporsteigen, also umgekehrt wie bei der äufseren Haut, wo die Epithelzapfen in die Tiefe steigen.

„Es sind plattenartige, scharf auslaufende, blutgefäfshaltige Bindegewebsleisten, welche, indem sie sich häufig mit einander verbinden und

gegen die Knotenpunkte zu regelmäfsig an Dicke zunehmen, in der Flächenansicht das Bild eines Netzes mit rundlichen Maschen zeigen, in senkrechten Schnitten dagegen Papillen vortäuschen können. Die Höhe der Leisten beträgt 0,012 bis 0,06 mm, ihre Entfernung von einander 0,024 bis 0,04 mm.

„Ich denke mir, dafs jene Leisten der Schleimhaut beim Zusammenfalten der Schleimhaut während der Harnentleerung entstehen, vermutlich durch die Blutfüllung der hier vorhandenen Kapillarschlingen, dafs sie desto höher werden, je vollkommener das Organ entleert wird, dafs hierdurch das Epithel in die angegebene Form gelangt und dafs dabei, gewissermafsen zufällig, an einzelnen Stellen eine Abschnürung — bald mehr, bald weniger vollkommen — zu stande kommt. Durch Vermehrung der so abgesprengten Epithelmassen entstehen dann die gröfseren sich von aufsen gegen das Epithel vorwölbenden Nester."

Aschoff hebt hervor, dafs mit den von Brunnschen übereinstimmende Beschreibungen und Abbildungen in einer Arbeit von von Limbeck[17] sich finden, welche Epithelcysten der Harnblase und der Ureteren bereits in Zusammenhang mit Epithelherden bringt, die von Limbeck genau so wie von Brunn sich abschnüren und weitersprossen läfst.

Lubarsch hat das unstreitbare Verdienst, mit Nachdruck das Bild der Cystitis und Ureteritis cystica abhängig gemacht zu haben von den von Brunnschen Epithelnestern.

Indem er die Angaben von von Brunn über die Entstehung der Epithelnester ohne weiteres übernimmt, läfst er die Cysten durch einen zentralen Zerfall dieser Epithelherde entstehen, an deren Stelle unter irgend einem schädigenden Einfluls körniges bezw. kolloides Material tritt. Da letzteres nicht entfernt werden kann, tritt — unterstützt durch die Nachgiebigkeit des entzündlich infiltrierten Bindegewebes — eine Erweiterung des ganzen Gebildes ein. Wenn bei den einzelnen Cysten ein Zusammenhang mit dem Deckepithel fast immer fehlt, von Brunn dagegen für die Epithelnester einen solchen als stets vorhanden beschreibt, so erklärt sich diese vermeintliche Differenz nach Lubarsch durch ein späteres Schwinden der fraglichen Verbindung mit dem Epithel.

Für die Cystenbildung in der Blase erweitert Lubarsch seine Angabe dahin, dafs er solche zurückführt

1. auf die Schleimhautkrypten,
2. auf die von Brunnschen Epithelnester,
3. auf abnorm hoch gelagerte Harnröhrendrüsen, und zwar unterscheidet er die einfachen Zerfallscysten und Cysten mit Proliferation.

Den wertvollsten Beitrag für die ganze Frage bildet Aschoffs Untersuchung. Um einen genauen Überblick über die Verteilung drüsiger Gebilde in den Schleimhäuten der ableitenden Harnwege zu gewinnen,

hat ASCHOFF systematisch die Harnwege von den Nierenkelchen bis zum Orificium externum urethrae bei Neugeborenen und Erwachsenen untersucht. Er kommt zu dem Schlufs, dafs „die gesamte Schleimhaut der harnleitenden Wege von den Nierenkelchen bis zur Mündung der Urethra, die beim Manne auch das Gebiet der Schwellkörper und des Sinus prostaticus umfafst, die ausgesprochene Neigung zeigt, durch stärkere Ausbildung normal vorhandener Septen oder Neubildung solcher und durch brückenartige Verwachsung derselben, andererseits durch Epithelsprossung in das submuköse Bindegewebe zur Bildung solider oder ein offenes Lumen besitzender, drüsenähnlicher Gebilde, selbst echter Drüsen zu führen."

„Auf diese epithelialen Neubildungen sind die makroskopisch in seltenen Fällen, mikroskopisch dagegen recht häufig zu beobachtenden Cystenbildungen der harnleitenden Wege zurückzuführen."

ASCHOFF vermag LUBARSCHS Einteilung des verschiedenartigen Ursprungs der Cystenbildung in der Blase, soweit hier das Bild der Cystitis und Ureteritis cystica in Frage kommt, nicht anzuerkennen. „Auch dann besteht zwischen all' den verschiedenen Formen drüsiger und cystischer Bildungen ein kontinuierlicher Zusammenhang und es handelt sich nur um ungleichwertige Entwickelungsstadien der im Prinzip überall übereinstimmenden epithelialen Abschnürung, Sprossung und drüsigen Neubildung."

Im einzelnen hat ASCHOFF als uns im folgenden noch besonders interessierende Thesen aufgestellt:

1. „Die Schleimhaut der oberen Harnwege bis zum Orificium externum urethrae kann beim Erwachsenen wie beim Neugeborenen jeglicher drüsiger oder drüsenähnlicher Bildungen entbehren.

2. In der Mehrzahl der Fälle, die dem pathologischen Anatomen zur Untersuchung kommen, ist die Schleimhaut verändert.

Diese Veränderungen sind zunächst mit bloſsem Auge nicht sichtbar. Sie bestehen in einer Abschnürung epithelialer Massen (VON LIMBECK, VON BRUNN), die entweder durch Sprossung des Epithels in die Tiefe (BENEKE) oder durch Überbrückung des Oberflächenepithels durch feine Bindegewebsleisten entsteht.

Das zweite Stadium ist durch das Auftreten feiner weifser Punkte, Körnchen und Knötchen in der Schleimhaut ausgezeichnet. Mikroskopisch handelt es sich um eine Konglomeratbildung der eben geschilderten Epithelabschnürungen und Wucherungen sekundärer Gänge aus den primären Epithelsprossen. Indem letztere mit gleichmäfsigem, zweischichtigem Cylinderepithel bekleidet werden und ein regelmäfsiges Lumen begrenzen, gleichen sie völlig den drüsigen Gebilden der Harnröhre, verdienen daher, wenigstens in dieser Entwickelungsform, den Namen einer Drüse.

Alle diese Neubildungen zeigen eine starke Neigung, sich gegen die Schleimhautoberfläche abzuschliefsen."

Die Ausführungen ASCHOFFS geben mir den erwünschten Anlafs, um mich an dieser Stelle bezüglich der Angaben über die Genese der VON BRUNNschen Epithelnester zu äufsern. Wenn ich mich insbesondere gegen ASCHOFF wende, so geschieht es aus folgendem Grunde: ASCHOFF hat VON BRUNNS Angaben über die den BRUNNschen Epithelnestern zu Grunde liegenden anatomischen Verhältnisse zu einem allgemeinen Gesetz für die ableitenden Harnwege erweitert. Uns dünkt der Nachweis einer derartigen Gesetzmäfsigkeit wichtig in Hinblick auf die allgemeinere Verbreitung der Ursachen, die einer solchen zu Grunde liegen müssen. Wir verfolgen daher zweckmäfsig an der Hand von ASCHOFFS Angaben die thatsächlichen Verhältnisse in ihrer vermeintlichen Entwickelung.

II.

Die Untersuchung der Harnblasen Neugeborener lehrte ASCHOFF, dafs „für das Vorhandensein oder Fehlen der Septen es gleichgültig war, ob die Blasen im eröffneten oder geschlossenen Zustande gehärtet werden. Sie fanden sich in der Tiefe der Buchten, wie auch in der Höhe der höchsten Falten, die bei der Kontraktion gebildet worden waren."

„Dieser Umstand müfste gegen die Annahme sprechen, dafs Spannungsverhältnisse der Schleimhaut für das Fehlen oder Auftreten der Septen mafsgebend sind. Die Grenze zwischen Epithel und Bindegewebsschicht wird durch die Septenbildung naturgemäfs eine unregelmäfsige werden. Die tiefste Lage der Epithelzellen bildet auf Querschnitten keine gerade Linie, sondern eine aus sehr kleinen Bogen mit ungleicher Spannungsweite gebildete Guirlande."

„Trotz der Unebenheit des Bogens liegt die oberste Zellschicht in einer fast gerade zu nennenden Linie. In keinem Präparat aus Nierenbecken, Ureter und Blase läfst sich ein tieferes Eindringen des Epithels in das Bindegewebe, die Bildung solider Epithelzapfen oder gar abgeschnürter Zellmassen, wie sie früher von LIMBECK in pathologischen Fällen, kürzlich von VON BRUNN für die Harnwege zweier Hingerichteter und später von LUBARSCH bei Erwachsenen mehrfach nachgewiesen sind, erkennen."

„Es scheinen also dem Neugeborenen nicht nur drüsige Gebilde, sondern auch jede Form solider epithelialer Wucherung in das Bindegewebe zu fehlen."

Wenn ich VON BRUNN richtig verstanden habe, so entwickeln sich die Septen der Blase erst durch die wechselnden Kontraktionszustände. ASCHOFF legt diesen keine Bedeutung bei, da er die Septen bei geschlossen und bei eröffnet gehärteten Blasen gefunden hat. Rein mechanische

Vorstellungen lassen uns schon von Brunns Ansicht unrichtig erscheinen.

Die Faltenbildung der Schleimhaut kommt dadurch zustande, dafs bei einer Verkleinerung des Blasenlumens nur die Muskulatur sich zusammenzieht, während die Schleimhaut auf der verkleinerten Unterlage sich in Falten legen mufs.

Die physiologische Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe hat mit diesen Vorgängen garnichts zu schaffen. Nehmen wir an, dafs das Epithel in gerader Linie dem Bindegewebe aufliegt, so ist es ganz undenkbar anzunehmen, dafs bei einer Kontraktion der Blasenmuskulatur aus dem Bindegewebe Leisten in das gleichmäfsig mit ihm gefaltete Epithel in bestimmten Abständen vorgedrängt werden. Innerhalb der sich faltenden Schleimhaut müfsten dann ja noch besondere Grenzverschiebungen zwischen Epithel und Bindegewebe vor sich gehen.

Die Septen müssen wir schon als eine anatomische Thatsache auffassen, deren Anlage von den Kontraktionszuständen der Blase ganz unabhängig ist.

Etwas anderes ist die Frage, ob diese durch die Septen vorgezeichnete physiologische Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe ganz unbeeinflufst bleibt von den wechselnden Spannungsverhältnissen der Blasenwandung.

Da ist es sehr wohl möglich, dafs unter besonderen Verhältnissen, gesteigertem Druck bei irgend welchen pathologischen Verhältnissen im Bindegewebe, bei besonderen, das Epithel schädigenden Affektionen, vielleicht auch unter normalen Verhältnissen schon die vermeintlichen Septen bei einer Blasenkontraktion abgeflacht oder auch verlängert werden.

Für die äufsere Haut hat Lewinski[18] durch mikroskopische Untersuchung künstlich gedehnter Haut die Thatsache gefunden, welche, wie sich später herausstellte, allerdings nicht auf alle Hautregionen ausgedehnt werden darf, dafs mit der Dehnung der Haut der Papillarkörper zum Verstreichen zu bringen ist. Wenn der völlige Ausgleich der Papillen durch Zug auch möglich ist, so hat ihre erste Anlage jedoch mit den Spannungsverhältnissen der Haut garnichts zu schaffen.

Wir hüten uns vor der Hand einen Analogieschlufs zu machen von der äufseren Haut auf die Schleimhäute der Harnwege. Bei einem solchen müfsten wir zuerst den Nachweis führen, dafs der Papillarkörper der äufseren Haut bezüglich seiner Entwickelung in eine Parallele mit den von von Brunn und Aschoff beschriebenen Septen gesetzt werden darf.

Ich will versuchen, diesen Nachweis zu führen.

Ich möchte an Aschoffs Behauptung anknüpfen, dafs bei dem Neugeborenen jegliche Form epithelialer Wucherung in das Bindegewebe fehle. Eine solche liegt für mich vor, sobald die Septenbildung nachgewiesen ist.

Wer sich in von Brunns, Lubarschs und Aschoffs Gedankengang bewegt, wird darum nicht ohne Widerstreben mir folgen, wenn ich den Beweis zu erbringen versuchen werde, dafs die Septen die Höhe des Bindegewebslagers anzeigen, in welches das Epithel hineingewuchert ist. Für eine solche Aschoff konträre Auffassung ist mir besonders die von ihm gefundene Thatsache wertvoll, dafs die Septenbildung für alle Teile der ableitenden Harnwege zu Recht besteht.

Wenn es gelingt, für die Schleimhäute der ableitenden Harnwege nachzuweisen, dafs das Epithel in das Bindegewebe hineingewuchert ist, so ist gleichzeitig bewiesen, dafs für die äufsere Formgestaltung der Schleimhaut dem Epithel der modellierende Einflufs zuzuweisen ist — eine Thatsache, die angesichts der stiefmütterlichen Behandlung der Embryologie der Schleimhäute von nicht zu unterschätzender Bedeutung wäre.

Bevor wir die Gründe entwickeln, welche für die Aktivität des Epithels in dem angezogenen Sinne sprechen, möchten wir untersuchen, was für eine Aktivität des Bindegewebes bei der Entstehung der Septen reden könnte.

Ein nachweisliches Vordringen des Bindegewebes bei der Kontraktion der Blase haben wir abgelehnt. Eine aktive Proliferation des Bindegewebes, die zur Septenbildung führte, müfste sich im mikroskopischen Bilde irgendwie geltend machen durch Zellanhäufung, Mitosen, Gefäfserscheinungen und gerade da besonders, wo das Bindegewebe im Weiterwachsen begriffen ist, an der Spitze der Septen — eine Forderung, die für das Epithel und das Bindegewebe an der äufseren Haut angewandt, wie wir sehen werden, erfüllt ist.

Der Einwand, dafs solche Centren selbstständiger Gewebswucherung fehlen könnten, weil der Prozefs der Septenbildung längst abgeschlossen ist, wird hinfällig durch Aschoffs thatsächliche Befunde.

Die Epithelnester sah er in allen Stadien ihrer Entwickelung; die epithelialen Massen läfst er entweder durch Sprossung des Epithels in die Tiefe oder durch Überbrückung des Oberflächenepithels durch feine Bindegewebsleisten entstehen.

von Brunns thatsächliche Befunde der Abschnürung epithelialer Massen bestätigt Aschoff, ohne an dem Ort der Citierung des von Brunnschen Wortlautes eine Kritik der mechanischen Erklärung von Brunns beizufügen. An anderer Stelle kommt, wie erwähnt, ihre Ablehnung.

Ich nehme daher an, dafs Aschoff wenn er von den „sich verlängernden“ und den „überbrückenden“ Bindegewebsleisten spricht, aktive Proliferationsvorgänge im Auge hat. Von solchen habe ich nichts gesehen und sie sind auch in keiner Arbeit besonders hervorgehoben worden.

Indem ich mir also die spitz zulaufenden, in das Epithel in regelmäfsigen Abständen oder ganz unregelmäfsig vordringenden Bindegewebspfeiler durch Vorgänge im Bindegewebe nicht zu erklären vermag, ist es mir andererseits leichter, die Bilder durch ein aktives Vordringen des Epithels entstehen zu lassen. Ein solches Vordringen, als Thatsache vorausgesetzt, überhebt uns der Schwierigkeit einer doppelten Erklärung.

Die in der Höhe des Epithels liegenden Nester sollen durch aufwärts wachsende und sich zusammenlagernde Bindegewebspfeiler abgeschnürt werden, die unterhalb des Epithels liegenden Nester entstehen durch aktives Wuchern des Epithels. Es würden bei unserer Annahme eben alle Nester im Bindegewebe lagern.

Ich mufs des weiteren ausholen. Die Zeiten liegen schon weit zurück, in denen mühevolle Arbeiten zu dem heute unbestrittenen Ergebnis geführt haben, dafs für die äufsere Gestaltung der Haut dem Epithel der modellierende Anteil ganz allein zukommt.

Es sind vor allem Auspitz'[19] und Unnas[20] Arbeiten gewesen, die in diesem Sinne fördernd gewirkt haben. Auspitz' Arbeit erschien schon 1870. Über die Anlage des Papillarkörpers wissen wir, dafs im vierten Fötalmonat linienförmige Verdickungen der Epidermis — zuerst an der Hand und der Fufssohle — entstehen, welche in die Cutis vorspringen und hier zu rinnenartigen Vertiefungen Anlafs geben. Im sechsten Monat verdickt sich die Oberhaut auf der Höhe der stehengebliebenen Cutisleisten, dringt in sie ein und umwächst die widerstandsfähigeren Teile der Cutis. Diese festeren Punkte der Cutisoberfläche, welche sich anfangs nur durch stärkere Ansammlung junger Zellen auszeichnen, werden dadurch zu Papillen umgeformt und erhalten später eigene Kapillarschlingen.

Der Papillarkörper bildet sich also durch Ineinanderwachsen von Oberhaut und Cutis, wobei ersterer die aktive Rolle zufällt. Die Cutis ist nur insofern mafsgebend, als sie widerstandsfähigere Linien und Punkte besitzt, die in Gestalt von Rissen und Papillen ausgespart werden.

Neuere Untersuchungen, denen das Studium von Flächenbildern der Haut zu Grunde liegt, haben des genaueren festgelegt, wie weit wir an Stelle der „Epithelzapfen" nur einfache „Epithelleisten" annehmen müssen.

Ich kann mit Rücksicht auf unser Thema nicht umhin, hier folgenden Passus Unnas zu wiederholen.

„Die bisher sehr allgemein übliche Betrachtung des Papillarkörpers als eines formbeständigen, nach bestimmtem Schema aufgebauten Gewebes hält einer genaueren Betrachtung nicht stand. Eine Norm für die Papille jeder Körperregion giebt es nicht, welche etwa bei Anwendung der gebräuchlichen Begriffe Hypertrophie und Atrophie einfach als Mafsstab dienen könnte. Der Papillarkörper ist eher aufzufassen als ein äufserst variables Grenzphänomen, welches in jedem einzelnen Falle das Verhältnis zwischen Wachstumsdruck der Oberhaut einerseits und der Cutis andererseits darstellt. Den einzigen Mafsstab für die Beurteilung pathologischer Verhältnisse bietet

daher die vergleichende Betrachtung angrenzender gesunder Haut. Die hier gegebene Auffassung des Papillarkörpers ist noch viel zu wenig Gemeingut der Dermatopathologie geworden; im Gegenteil herrscht noch immer die Neigung, jede Formveränderung des Papillarkörpers auf nur einseitig aktive Thätigkeit des Bindegewebes zurückzuführen."

„Nehmen wir alle seither gemachten embryologischen und pathologischen Erfahrungen zusammen, so haben sie dessen Ansicht nur bestätigen helfen. Allerdings giebt es auch ein Einwachsen von jüngerem Bindegewebe in das Epithel hinein, nämlich unter pathologischen Verhältnissen. Hier wird jedoch das Epithel stets krankhaft verändert, von Wanderzellen durchsetzt, zerworfen und zerstört gefunden. Eine dendritische Gliederung gesunden Epithels durch wucherndes Bindegewebe kommt an der äufseren Haut nicht vor, während eine solche nach teilweisem Verlust des Epithels wohl auch hier möglich ist."

„Der Grund weswegen die Epidermis keine knopfförmigen Vorsprünge nach aufsen vortreibt, sondern nach innen Zapfen sendet, liegt in dem festeren Zusammenhalt der verhornenden Zellen an der Oberfläche des Deckepithels und der Dicke."

Unna führt als Beweis für letztere Behauptung an, dafs das Einwachsen der Epithelzapfen im Embryonalleben erst dann stattfindet, wenn die Oberhaut eine bedeutendere Dicke und Kohärenz erlangt, und auch später zeigt sich die suprapapilläre Epidermis um so dicker, je schwächer die Verhornung ist."

Es ist das bleibende Verdienst von Auspitz, auf die den Papillarkörper formende Kraft des wachsenden Epithels hingewiesen zu haben, zu einer Zeit, als uns die beweisendsten Kriterien der Zellenwucherung noch fehlten. Auspitz war schon lange tot, als der Nachweis geführt wurde, dafs die untersten Lagen des Epithels die meisten Mitosen zeigen und mit der Entfernung von der Epithelbindegewebsgrenze nach der Hornschicht an Zahl und Beständigkeit abnehmen. Die Kenntnis der Mitosen, ihre Bedeutung und ihre vornehmlichste Lage stellen den unumstöfslichen Beweis für den formenden Einfluss des Epithels. Andererseits zeigt eine lebhafte Zellvermehrung, wo das Bindegewebe aktiv wuchert. Es braucht nur an die Haaranlagen erinnert zu werden, die aus kurzen, zapfenförmigen Epithelsprossen bestehen. Allmählich entsteht am Fundus dieses Zapfens eine dichtere Anhäufung runder und spindelförmiger Zellen, welche diesen zuerst korbartig umgiebt, bald aber mit einem Kopf dichtgedrängter Zellen den Grund des Zapfens einstülpt.

In seiner allgemeinen Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten ist Auspitz[21] auch als erster den Weg der vergleichenden Pathologie gegangen. Er kommt gleich anfangs auf Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen Schleim- und serösen Häuten und der äufseren Haut zu sprechen.

„Wenn wir den Versuch machen, die der Haut zunächst stehenden Gewebsformen in aller Kürze ihr gegenüberzustellen, so finden wir, dafs die Schleimhaut aus denselben Schichten besteht wie die äufsere Haut, nur fehlt ihrem Epithel die Hornschicht und es bleibt blofs das geschichtete Pflasterepithel nebst der Basalschicht

cylindrischer, prismatischer oder rundlicher Zellen übrig, welche letzteren, wie bei der äufseren Haut, unmittelbar dem Bindegewebsstroma aufsitzen."

„Das Bindegewebsstroma ist im Kehlkopf und dem ganzen übrigen Atmungstraktus, ferner im oberen Teil des Schlundes, im Magen, in den Gallen- und Harnwegen und dem Uterus bis in den Cervikalkanal hinein nicht mit Papillen versehen; die übrigen Schleimhäute zeigen eine mehr oder weniger deutlich ausgesprochene papilläre Begrenzung, welche im Darm sich in Gestalt der für die Resorption wichtigen Darmzotten darstellt. — Zungen und Vaginalportion haben, zum Unterschied von den anderen, jede ihren besonderen Epithelüberzug."

„Die Hauptunterschiede zwischen Schleim- und serösen Häuten und der äufseren Haut liegen zum grofsen Teil in dem Epithellager der ersteren, verglichen mit der Oberhautlage der äufseren Haut, und ferner in den Follikeln, welche sich in dem Grundgewebe dieser Membranen vorfinden, während das basale Bindegewebslager: Lederhaut und subkutanes Stratum hier, Schleimhautkörper und Bindegewebslager der Serosa, sowie submuköses und subseröses Bindegewebe dort, in ihren Typen nicht wesentlich von einander abweichen."

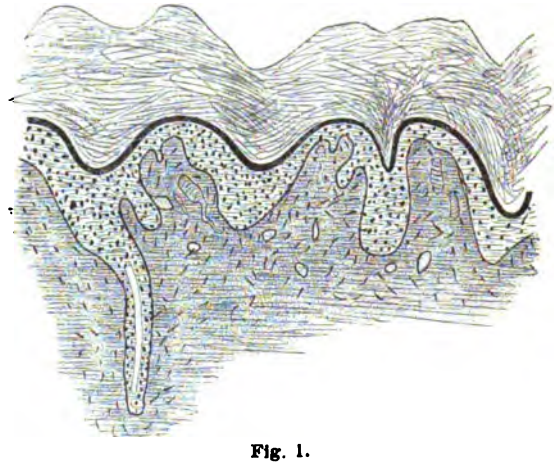


Fig. 1.
Papillen der Fingerhaut nach KLEIN.

Bei der Haut und den Schleimhäuten stehen weiter Reichlichkeit der Papillenbildung und Dicke des Epithelbalges in einem bestimmten Abhängigkeitsverhältnis. Bei der Haut ist es auch nicht sowohl die Verhornung als solche, sondern der durch sie gesetzte gröfsere Widerstand der oberen Schichten — durch die Dicke der Epithelmassen sonst ersetzt —, welcher das in die Tiefe Wuchern des Epithels bedingt.

Es bedarf natürlich fortgesetzter Untersuchung der Schleimhaut der ableitenden Harnwege bei Embryonen, um die angeregte Frage zu entscheiden.

Die Verteilung der Mitosen im Epithel und die Entwickelung der

Septenbildung, die Beobachtung, ob in irgend einem Alter eine junge Zellenbrut letztere einleitet, müssen insbesondere interessieren.

Unserer Ansicht, dafs die von VON BRUNN beschriebenen Septen in dem angezogenen Sinn den Papillen der äufseren Haut an die Seite gestellt werden dürfen, steht vor der Hand nur noch am eindringlichsten das gänzlich abweichende Bild entgegen, das Blasen- bezw. Ureterenschleimhaut im Gegensatz zur äufseren Haut bietet.

Wir resumieren daher noch einmal:

An der Spitze der von VON BRUNN als erstem beschriebenen Bindegewebssepten ist von keinem Autor eine aktive Zellproliferation beschrieben worden; eine Entstehung aus mechanischen Ursachen ist abzulehnen, für ihre Bildung ist die formende Kraft des Epithels auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Gesichtspunkte verantwortlich zu machen.

Weiter wird aber aus vergleichend anatomischen Gründen unsere Ansicht gestützt.

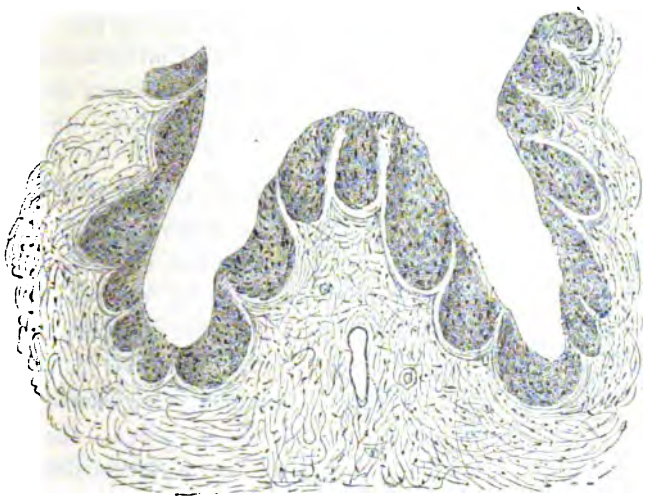


Fig. 2.
Septen in der Schleimhaut der Blase des Neugeborenen nach ASCHOFF.

Es giebt an der Haut keine pfriemförmigen, spitz zulaufenden Papillen ohne keulenförmige Anschwellungen am Ende, welche nicht durch den Druck benachbarter sich vergröfsernder Gewebsmassen erklärt werden könnten. Bei der Impetigo ragen seitlich in das Epithel spitze, lange Papillen, die durch dieselbe Druckwirkung entstehen, welche die Papillen unter der Impetigo abflacht und ausgleicht. Bei dem mit starker Akanthose und Parakeratose einhergehenden chronischen Ekzem der Haut haben wir die denkbar unregelmäfsigsten Formen des Papillarkörpers. Aber ob die Papillen verschmälert oder verbreitert erscheinen, ob sie ver-

längert oder verkürzt sind, ob sie spitz zulaufen und mit zahlreichen seitlichen Abgrenzungen besetzt sind, stets gelingt es nachzuweisen, dafs dem mit zahlreichen Mitosen vordrängenden Epithel die Aufgabe der Ausbildung bezw. Umformung des jeweiligen Papillarkörpers zufällt. Von einer Papillarwucherung wird ebenso oft gesprochen, wie sie unbewiesen ist.

Es würde uns zu weit führen, wollten wir auch nur im Auszug die Vielgestaltigkeit des Papillarkörpers bei den einzelnen Affektionen besprechen.

UNNA[22] hat in seiner Histopathologie die Beziehungen des Epithels zum Bindegewebe in dem angeregten Sinne eingehend besprochen. Es mufs auf diese Frage das besondere Interesse gerichtet werden, wo neuerdings RIBBERT[23] für die Aktivität des Bindegewebes in so energischer Form bei allen möglichen Prozessen eintritt.

Ich möchte nicht aus dem Zusammenhang seiner Abhandlungen heraus einzelne Sätze RIBBERTS citieren.

Wo aber aus der Histopathologie der Haut Beispiele herangezogen werden und ihre Beweiskraft ohne weiteres in des Autors Sinne als unzweifelhaft bezeichnet wird, möchte ich doch Einspruch erheben. Die mit der Entwickelung des Krebses einsetzende Epithelleistenverlängerung will RIBBERT nicht als Ausdruck des Tiefenwachstums des Epithels gedeutet wissen, sondern als die Folge einer Dehnung durch das in die Höhe Wuchern des Bindegewebes:

„So halte ich es auch nicht für erwiesen, dafs irgend welche der als typisch beschriebenen, in das Bindegewebe vordringenden Wucherungen des Epithels, aus aktivem Hineinwachsen derselben entstehen, bin vielmehr der Ansicht, dafs auch hier das Emporwachsen des Bindegewebes das mafsgebende ist. Völlig unzweifelhaft ist das bei Geschwülsten der Haut, bei pigmentfreien und pigmentierten Hautwarzen, bei Sarkomen u. s. w. Hier kann man aufserordentlich lange, schmale, vielgestaltige Epithelzüge in dem Geschwulstgewebe nach abwärts ziehen sehen, aber auch nicht tiefer als bis zur normalen unteren Grenze der Epidermisleisten. Solchen Geschwülsten gegenüber wird man wohl nicht an ein aktives Abwärtswuchern des Epithels denken können."

Und der formulierte Satz lautet bei RIBBERT so:

„Die Stelle, an welcher ein Carcinom in Entwickelung begriffen ist, springt regelmäfsig über die Umgebung vor. Die Erscheinung beruht auf progressiven Prozessen im Bindegewebe, welches teils nur lebhafte zellige Infiltration, teils und zwar gewöhnlich eine lebhafte Neubildung von Zellen und Gefäfsen zeigt. So entsteht eine subepitheliale Schicht zellreichen Bindegewebes." Demgegenüber wende ich ein, dafs die Gründe, weswegen die Neubildung über die Oberfläche sich erhebt, mannigfacher Art sein können und schwerlich darin liegen, dafs das Bindegewebe aktiv in die Höhe wuchert.

Bei den weichen Nävi ist es beispielsweise die Atrophie des elastischen Gewebes im Bereich der Neubildung, wodurch letztere von ihrer elastischen Umgebung in die Höhe geschnürt wird.

Andererseits mufs betont werden, dafs bei dem Ulcus rodens, wo die Neubildung die Oberfläche garnicht überragt, trotzdem nachweisbar die Epithelwucherung weit in die Tiefe steigt. Hingegen ist der Nachweis wiederum sehr leicht, dafs bei gewissen anderen Carcinomen, in ähnlicher Weise wie bei der Psoriasispapel, dem chronischen Ekzem von vornherein eine mitotische Zellvermehrung in dem Epithel statt hat, welche zu einer über die Oberfläche vorragenden Epithelverdickung führt. Das Vorragen über die Oberfläche kann allerdings unterstützt werden durch Exsudate, Blutgefäfsfülle, entzündliche Infiltrate, Ödem im Bindegewebskörper; keineswegs hat man aber diese letzteren Momente für die alleinigen und primären Ursachen des Wachstums über die Oberfläche zu halten.

Die endgültige Feststellung solcher Verhältnisse wird eine der Hauptaufgaben der noch so jungen Pathologie des Zwischengewebes werden. Spezifische Färbungen des Protoplasmas der Bindegewebszellen und der Bestandteile des Kollagens müssen die Kerntinktionen ergänzen helfen, um die Zentren aktiver Zellvermehrung und die passive Verschiebung für das Bindegewebe auseinanderzuhalten. Es ist eben ungemein schwierig, in jedem einzelnen Fall die verschiedenen Widerstände richtig zu beurteilen, welche für die Deformität des Papillarkörpers und der unteren Coriumteile bei jeder einzelnen Affektion mafsgebend werden.

Unna[24] stellt als die hauptsächlichsten in Betracht kommenden Faktoren hin: 1. den allgemeinen Cutiswiderstand; 2. den Papillenwiderstand, der unabhändig von der allgemeinen Hautspannung den ganzen peripheren, in der Haut nur durch die Muskeln der Arterienwände abgeschwächten Blutdruck dem Epithel entgegensetzt; 3. den Widerstand der Hornschicht.

Hinzu können dann noch besondere Momente, wie Ödem der Cutis, ehemalige entzündliche Veränderungen kommen, welche ganz unabhängig vom Epithel allerdings auf die Formgestaltung des Bindegewebes wirken können.

Es liegt mir sehr fern, die angezogenen pathologischen Verhältnisse der äufseren Haut für eine Erklärung des histologischen Bildes der Schleimhaut der ableitenden Harnwege heranzuziehen. Es sollte durch die gewählten Beispiele nur der Gedanke nahegelegt werden, für das Zustandekommen der Septen besondere Druckverhältnisse im Bindegewebe — in ganz anderem Sinne allerdings, als es von Brunn gethan hat — anzunehmen, welche dem vordrängenden Epithel besondere Formen aufprägen. Sicherlich sind solche Druckverhältnisse für die Schleimhaut der ableitenden Harnwege schon durch den mächtigen sie von aufsen bekleidenden

Muskelschlauch und durch die konzentrische Anordnung der Wandschichten gegeben. Dieser Druck setzt sich durch die Schleimhaut auf das Oberflächenepithel unter einer mit der Raumbeschränkung stetig wachsenden Verstärkung fort. Es mufs sowohl in seiner Gesamtheit wie in seinen histologisch bedingten, besonderen Angriffspunkten studiert werden, bevor man an ihm diejenigen Widerstände klar erkennen kann, welche dem wuchernden Epithel dieser Schleimhaut die definitive Form aufzwingen. Die Druckverhältnisse sind natürlich durchaus nicht von der Haut, wo sie bereits bekannt sind, direkt auf die Schleimhaut übertragbar, da bei ersterer der von innen nach aufsen wirkende Druck umgekehrt nahe der Oberfläche stetig mit der Raumvermehrung derselben und der vermehrten Oberflächenspannung abnimmt. Das Grundgesetz aber, welches für die Modellierung der Oberfläche gilt, ist hier wie dort dasselbe: Nur, wo aktive Gewebsvermehrung (Mitosen, Exsudate etc.) auftritt, haben wir die formende Ursache der Gewebsverschiebung anzunehmen, die im Verein mit den gegebenen passiven Widerständen die definitive Form der neuen Ruhelage bestimmt.

Berücksichtigt man die besonderen anatomisch-entwickelungsgeschichtlichen Verhältnisse der Schleimhaut der ableitenden Harnwege, dann, glaube ich, ist die Berechtigung gegeben, die VON BRUNNschen Septen bezüglich ihrer Entwickelung in eine Parallele mit den bindegewebigen Papillen der Haut zu setzen. Die gänzlich abweichende Form gestattet vielleicht, den Namen der „Septen" beizubehalten, wo sich nun einmal mit der „Papille" in unserer Vorstellung eine ganz bestimmte Form verbindet. Die Septen der Schleimhaut wie die Papillen der Haut werden durch das in die Tiefe Wuchern des Epithels gebildet, das in beiden Fällen verschiedene Formen annimmt. Die Betrachtung von Flächenbildern, die von der Schleimhaut der ableitenden Harnwege in den embryonalen Stadien gewonnen werden, kann uns allein aufklären, ob in Form echter Papillen oder von Leisten das Bindegewebe durch das wuchernde Epithel ausgespart wird. Quer- und Längsschnittbilder setzen uns Täuschungen aus.

Es erübrigt jetzt nicht mehr vieler Worte, wie ich mir die endgültige Ausbildung der VON BRUNNschen Epithelnester zu stande kommen denke. Ich nehme vorweg, dafs es nach ASCHOFFS Untersuchungen Thatsache ist, dafs die Abschnürung der epithelialen Massen und die voraufgehende Wucherung zwar keine entzündlichen Verhältnisse der Schleimhaut voraussetzen, aber doch oft mit solchen zusammentreffen.

Die tieferen Lagen des Epithels ruhen in einem Bindegewebe, das schon unter normalen Verhältnissen unter einem hohen Druck steht. Das Epithel fängt aus irgend welchen Gründen — über diese an späterer Stelle — an zu wuchern, während das Bindegewebe durch entzündliche Infiltration sicherlich nicht unter geringeren Druck gestellt wird.

Ob der Druck im Bindegewebskörper zu der Abschnürung und Abrundung epithelialer Massen in irgend einem Abhängigkeitsverhältnis steht, wage ich nicht zu entscheiden; möglich auch, dafs die nach unten wachsenden und sich verbreitenden Epithelleisten durch besondere Strukturverhältnisse mit ihren unteren Enden abgelöst werden. Fafst man aber die Septen als die in der Höhe des Epithels verbliebenen oder über dieses Niveau durch seitlichen Druck hinaufbeförderten Reste des unter besonders hohen Druck gesetzten und zurückgedrängten Bindegewebes auf, so können die Septen die Abschnürung niemals veranlassen, sondern nur vollenden, indem sie im Augenblick der Lockerung des Epithels passiv zusammenfliefsen.

Je stärker der Druck im Bindegewebe ist, um so höher werden die Papillen bei dem Andrängen des Epithels werden. Die Höhe der Abschnürung des Epithels ist noch von anderen Komponenten abhängig. Diese sind natürlich nicht leicht zu übersehen. Analoga haben wir in dieser Hinsicht tausendfach in der verschieden hohen Abschnürung der Nester beim Carcinom oder bei der Nävusbildung, ohne dafs eine vorhandene Bindegewebswucherung als ausschliefsliche Ursache angeschuldigt werden darf.

Die Höhe, in welcher das Epithel zur Abschnürung kommt, ist abhängig einmal von dem Druck des Bindegewebes und zweitens von der Proliferationskraft des Epithels an der betreffenden Stelle.

Dafs die Abschnürung durch die sich verlängernden Septen besorgt wird, das ist Aschoff vor allem klar geworden an den Bildern der cystischen Umwandlung der noch mit dem Oberflächenepithel verbundenen Nester. „Der ganze Epithelbesatz des Hohlraumes besitzt nämlich eine Hauptrichtung, in der die einzelnen Zellen angeordnet sind, nach dem Pol der oberen Halbkugel. So stehen sie in der Tiefe des Hohlraumes senkrecht, an den Seiten dagegen mehr schräg, bis sie an der oberen Wand mehr plattgedrückt erscheinen. Oft ist der cystische Hohlraum an seinem Gipfel noch nicht geschlossen, sondern hier drängt das Epithel durch eine rundliche Öffnung nach aufsen, um auf das Schleimhautepithel überzugehen. Der Gesamteindruck ist der, dafs hier zahlreiche beutelförmige Abschnürungen durch die von allen Seiten sich zusammenlegenden, sich verlängernden Bindegewebsleisten stattfinden, indem das Epithel dabei nach dem Schnürring zusammengepreſst wird und so die charakteristische Richtung einnimmt.“

Wenn ich Aschoff richtig gefolgt bin, so werden Epithelmassen durch Bindegewebspfeiler abgeschnürt, die 1. gerade in die Höhe wachsen, 2. seitlich sich umlegen und mit ihren Köpfen aneinandertreten.

Solche Vorstellungen stehen nicht in Einklang mit unseren entwickelungsgeschichtlichen und pathologischen Kenntnissen über das Binde-

gewebe. Ich erkläre mir das eben zitierte Bild einfacher dadurch, dafs durch den sich vergrößernden Inhalt der Cyste die am Gipfel liegenden Zellen am meisten leiden, weil dem von unten kommenden Druck das Epithellager von der anderen Seite entgegensteht. Andererseits mufs mit dem Wachstum der Cyste ihre Verbindung mit der Oberfläche sich lockern und mit der Lockerung des Epithelstieles müssen die seitlichen unter immer stärkeren Druck gesetzten Bindegewebszüge im selben Mafse zur Vereinigung streben.

Ich möchte diesen Teil meines Vortrages nicht schliefsen, ohne die Frage wenigstens zu streifen, inwieweit wir in den Brunnschen Epithelnestern Drüsen bezw. drüsenähnliche Gebilde vor uns haben. Jeder Autor, welcher über unser Thema gearbeitet hat, glaubte dieser Frage näher treten zu müssen.

Unsere Stellung ist dadurch gegeben, dafs wir das Epithel in das Bindegewebe hineinwuchern und sich abschnüren lassen. Genau so wenig wir in der embryonalen Haut zu bestimmen vermögen, ob aus dem in die Tiefe ziehenden Epithelfortsatz ein Haarbalg oder ein Schweifsdrüsengang wird, genau so wenig können wir über den Drüsencharakter der Nester etwas aussagen, wenn an den Epithelien alle Zeichen der Sekretion fehlen. Nach Aschoff finden sich allerdings selbst in den allerjüngsten Stadien der Bildungen hier und da kleine homogene Körper im Zentrum derselben, die der Autor als ein Sekretionsprodukt der Zellen auffassen bezw. von einer Umwandlung der Zellen herleiten möchte. Auf keinen Fall möchte aber ich die Frage entscheiden.

III.

Lubarsch und Aschoff haben als erste das Bild der Cystitis und Ureteritis cystica von den Besonderheiten des mikroskopischen Baues der Schleimhaut abhängig gemacht. Aschoff hat weiter gezeigt, dafs, so selten das ausgeprägt typische Bild der Ureteritis und Cystitis cystica ist, so wenig selten sich die allerersten Anfänge der ihr zu Grunde liegenden Veränderungen bei der Untersuchung der ableitenden Harnwege dem Pathologen bieten; seine zusammenfassenden Sätze sind bereits an früherer Stelle zitiert worden.

Im vorangehenden habe ich meine abweichende Stellung entwickelt, die ich bezüglich der Septenbildung und des Zustandekommens der Epithelnester einnehme. Es freut mich aber, den übrigen Angaben Aschoffs über die cystische Umbildung der Nester und ihre Ursache, über die Bilder, unter denen das Wachstum der Cysten vor sich geht, mich anschliefsen zu dürfen. Ich kann mich daher auch mit der Wiedergabe meiner eigenen Befunde kurz fassen.

In ihren wesentlichsten Punkten stimmen die mikroskopischen Bilder

in beiden Fällen überein. Das Epithel ist nur stellenweise an der Oberfläche gut erhalten, am besten in den Tiefen der Falten. In beiden Fällen bietet die Schleimhaut die Zeichen einer chronisch entzündlichen Infiltration. Die Submukosa ist sehr stark zellig infiltriert und zwar sind es vorwiegend einkernige Elemente, die in dichten Scharen die Schleimhaut überschwemmen. Die entzündlichen Erscheinungen erstrecken sich auch auf die Muskulatur für beide Schichten, in denen die Gefäße von einem dichten zelligen Wall umlagert sind, während das Lumen der Gefäße mit Leukocyten fast ausgefüllt ist. Des weiteren besteht in beiden Fällen eine nicht unbeträchtliche Lymphstauung. Die Muskelfasern sind auseinandergedrängt und die Lymphspalten sind stellenweise ebenfalls mit Leukocyten ganz ausgefüllt. Die Lymphspalten und die Kapillaren zeigen, vorzugsweise in dem zweiten Fall, in der Submukosa sowohl wie innerhalb der Muskellager Endothelwucherung. Bei Schrägschnitten erscheinen dadurch ganze Endothellager in der Submukosa und inmitten der Muskulatur.

In dem zweiten Falle liegen in der Submukosa follikelartige Anhäufungen von einkernigen Elementen, in deren Umgebung die Endothelien sich besonders stark gewuchert zeigen.

Das Zentrum dieser Zellenhäufungen ist an einzelnen Stellen blasser gefärbt, an anderen Stellen in der Zeichnung ganz verwaschen.

Die Dilatation der Lymgefäße erreicht in dem zweiten Fall eine solche Ausdehnung an einzelnen Stellen, daß über die Submukosa hinaus zwischen das Epithel hinein und dieses noch überragend cystenartig erweiterte Lymphgefäßabschnitte lagern. Da letztere sogar makroskopisch sichtbar waren, muß ihnen für diesen Fall wenigstens ein Anteil eingeräumt werden für die Entstehung des Bildes der Cystitis und Ureteritis cystica.

Der erste Fall zeigt in vollendeter Form die Besonderheiten des Epithellagers und der schmalen bindegewebigen „Septen". Die Epithelzapfen verbreitern sich an ihren unteren Enden und nähern sich einer kugeligen Form, die Epithelzapfen wachsen aber auch in schiefer Richtung ins Bindegewebe oder weichen mit ihrem unteren breiteren Ende seitlich ab. Von diesen Bildern sind alle Übergänge zu den abgeschnürten, fertigen BRUNNschen Nestern da, die in ganz wechselnder Höhe im Bindegewebe liegen. Und diese Nester zeigen wieder alle die Übergänge von den soliden Zellhaufen zu zum Teil ganz beträchtlichen Cysten. So werden die Bilder verständlich, bei denen in der Submukosa einerseits in das von Leukocyten durchsetzte Epithel vordringend, andererseits in die Muskulatur weit sich einschiebend, dicht nebeneinander Cysten sich lagern. Die einzelnen Cysten und Cystenteile sind in der Submukosa durch schmale von Zellen durchsetzte und Kapillaren führende Bindegewebszüge,

in den Muskelschichten durch schmale Muskelbalken getrennt. Die Art des Wachstums der Cysten ist unschwer zu verfolgen. Die unteren breiteren Enden der Epithelzapfen, die an dem Oberflächenepithel mittelst eines schmäleren Epithelstieles gleichsam hingen, zeigen schon besondere Ausbuchtungen bezw. ein in gekerbter Grenzlinie fortschreitendes Wachstum. Ebenso vergrößern sich die Cysten bezw. abgeschnürten und cystisch umgewandelten Epithelnester. Die primären Epithelwucherungen zeigen eine sekundäre, zuerst solide Sprossenbildung, die sich dann wiederum cystisch umwandelt.

Aschoff beschreibt in einem Fall sogar eine sternförmige, nach allen Seiten ausstrahlende Sprossenbildung.

Die Sprossenbildung als solche beweist die aktive Epithelwucherung. Durch aktiv gegen die Cysten vordringende Bindegewebe können solche Bilder niemals entstehen. Sie sind nur zurückzuführen auf wucherndes Epithel, das an den einzelnen Stellen seiner Umgebung verschieden starkem Widerstand begegnet.

Das Zusammenfließen zweier Cysten und mehrerer durch Atrophie und folgenden Schwund der Wandung erfolgt nach der Art und Weise, wie sie aus anderen Gebieten der Pathologie sattsam bekannt sind.

Die Cystenbildung geht aber nicht nur von den isolierten Epithelnestern aus, ebensogut von den mit der Oberfläche noch verbundenen Nestern, von denen schon im vorangehenden gesprochen ist.

An unseren Präparaten ist natürlich nicht mehr die Frage entscheidbar, in welchem Umfange schon vor der unzweifelhaft vorhandenen Epithelwucherung in unseren Fällen die Brunnschen Epithelnester bestanden und ob sie sich nicht mit der einsetzenden Epithelwucherung abgeschnürt haben. Für letzteres scheint mir die dem Oberflächenepithel, den mit der Oberfläche noch verbundenen und den schon isolierten Nestern gleich stark anhaftende Proliferationskraft zu sprechen.

Welche Ursachen liegen der Proliferationskraft des Epithels zu Grunde? In fast allen Fällen von dem ausgeprägten Bilde der Ureteritis und Cystitis cystica sind chronische Entzündungsvorgänge in den ableitenden Harnwegen beschrieben worden. Wichtig ist, daß auch in der Mehrzahl der Fälle, wo die von Aschoff uns vorgeführten Anfänge der Prozesse sich zeigen, chronisch entzündliche Prozesse nachgewiesen sind. Für diese Fälle darf man gewiß daran denken, daß die Epithelwucherung parallel den entzündlichen Veränderungen im Bindegewebe geht. An der Haut ist die Epithelwucherung bei der Tuberkulose, der Syphilis und anderen chronisch entzündlichen Wucherungen etwas alltägliches. Es ist weiter wohl auch erlaubt an die Möglichkeit zu denken, daß in den Fällen, in denen eiterig-infektiöse Prozesse in den ableitenden Harnwegen oder den mit ihnen in Verbindung stehenden Organen gespielt

haben, der die Eitermassen führende Urin die Epithelwucherung angeregt hat nach Art eines chemischen Reizes.

Es ist nicht leicht einzusehen, warum die sich abschnürenden und abgeschnürten Epithelherde zum cystischen Zerfall neigen. Ich vermag diese Frage nicht zu beantworten, auch keine Auskunft zu geben, ob etwa die Druckverhältnisse in der Schleimhaut zum cystischen Zerfall Beziehung haben. Ich möchte eher mit RIBBERT[25] für die cystische Umwandlung eine besondere Beschaffenheit der Epithelanlagen annehmen, aber nicht deswegen, „weil die Epithelnester so häufig und die Cysten verhältnismäfsig so selten sind." ASCHOFF hat uns ja gerade gelehrt, dafs die ersten Anfänge der Cystenbildung viel häufiger sind, als gewöhnlich angenommen wird. Nach ASCHOFF kommt es zu den verschiedenen Formen der Cystenbildung durch eine Zellvermehrung mit Zerfall und schleimiger Umwandlung, wohl auch mit Hülfe seröser Transsudation.

Über die Natur des Cysteninhaltes will ich an der Hand meiner Präparate keine Entscheidung treffen, da das Material ausschliefslich in MÜLLERscher Flüssigkeit fixiert war.

Es würde die Frage darauf hinauslaufen, ob man den Inhalt als mucinös oder kolloid bezw. hyalin bezeichnen soll, was wieder davon abhängt, ob man mit VON RECKLINGHAUSEN[26] das Kolloid dem Hyalin überordnet oder mit anderen wie ERNST[27] nebenordnet.

Die Abplattung und das Verhalten des wandständigen Epithels bieten auch nicht für das behandelte Thema bemerkenswerte Gesichtspunkte, nur über Einschlüsse in dem körnigen Cysteninhalt möchte auch ich mich noch äufsern, da sie der eingangs erwähnten Annahme eines parasitären Ursprunges der Affektion die Unterlage gegeben haben.

PISENTI[28] hatte im Innern der Cysten runde, seltener ovale Körperchen mit ziemlich dicken Granulationen, mit einem oder zwei kleinen Kernen beschrieben. Sie lagen völlig frei im Cystenlumen, und darin sah PISENTI die Hauptstütze für den parasitären Charakter dieser Gebilde. LUBARSCH hat eine solche Ansicht bestimmt zurückgewiesen, die Gebilde für degenerierte, abgestofsene Zellen erklärt und gleichzeitig aufmerksam gemacht auf öfters in den Epithelien des Ureters und der Harnblase vorkommende hyaline Kugeln.

VON KAHLDEN[29] hat in den Cysten seiner Fälle — in dem ersteren Falle liegt ihnen die oben erwähnte höchst eigenartige und einzig dastehende Entwickelung zu Grunde — Gebilde gefunden, die er, wie bereits erwähnt, mit dem in der Harnblase des Hechtes lebenden Myxosporidium identifiziert.

Die verschieden grofsen und verschieden gestalteten Gebilde färbten sich intensiv mit Eosin, hielten in dem einen Fall durchweg Pigment umschlossen, von ihnen zeigten sich Übergangsformen zu kleinen, sich

gleich stark färbenden, pigmentfreien Körpern, daneben fanden sich ganz verschiedenartig gebildete Massen, welche sich allerdings ungleichmäfsig stark mit Hämatoxylin tingierten.

Und schliefslich werden Gebilde erwähnt, die im Zentrum mit Hämatoxylin-Eosin sich blafsrot, in der Peripherie aber intensiv dunkelblau färbten.

VON KAHLDEN schliefst Epitheldegenerationen, Lückenbildungen in colloiden Massen oder hyaline Kugeln aus. Auch irgend welche eigentümliche Gerinnungen des flüssigen Cysteninhaltes liegen für ihn nicht vor und so kommt er per exclusionem zu dem Wahrscheinlichkeitsschlufs, dafs es sich um Protozoen handelt. RIBBERT hält die von VON KAHLDEN gesehenen Gebilde für Umwandlungsprodukte des Cysteninhaltes unter Beteiligung desquamierter Zellen. In einem Falle konnte RIBBERT[30] den Nachweis führen, dafs in die Cysten geflossenes Blut bei der Bildung der fraglichen Gebilde eine Rolle spielte. Es bildete gröfsere unregelmäfsige Haufen, die teils von körniger, teils von homogener Beschaffenheit im Cysteninhalt lagen und in ihrem Innern hyaline Kugeln und gröbere Pigmentkörner entstehen liefsen.

Ich möchte mich LUBARSCH, ASCHOFF und RIBBERT anschliefsen in der Ablehnung eines parasitären Ursprungs der Cystitis und Ureteritis cystica. Was ich selbst an runden kleinen, mit sauren Farben — vornehmlich Säurefuchsin und Eosin — stark sich färbenden, ungefärbt stark lichtbrechenden Gebilden gesehen habe, möchte ich anstandslos als hyalin degeneriertes Protoplasma bezeichnen und es von den Epithelien ableiten, die man haufenweise in geschädigtem Zustande an der Peripherie der Cyste in den Cysteninhalt überfliefsen sieht.

Ich möchte hier an die mannigfaltigen Bilder erinnern, unter denen Zellen die hyaline Degeneration zeigen. Da haben wir einmal die hyaline Degeneration des Deckepithels beim Epithelioma contagiosum, die ganz andere Formen aufweist als die hyaline Degeneration der Carcinomepithelien.[31] Hier haben wir die diffuse, hyaline Infiltration von den geformten hyalinen Bildungen auseinanderzuhalten und unter diesen wieder zwischen intracellulären, extracellulären und cellulären, d. h. solchen zu unterscheiden, wo das gesamte Protoplasma hyalin degeneriert, die Zelle zu einer kernführenden Blase wird, deren Wandung wieder verschieden sich färbende Schichten aufweisen kann.

Endlich sei hier noch auf die bei den Strahlenpilzerkrankungen am besten zu übersehende hyaline Degeneration der Bindegewebszellen verwiesen.

Wer aber die ganz unregelmäfsigen und wunderbaren Bilder kennt, die die hyaline Degeneration der Epithelien bieten kann, der wird, glaube ich, nicht so ohne weiteres mit VON KAHLDEN Epitheldegenerationen ab-

lehnen für die Erklärung der Einschlüsse in dem Cysteninhalt und eher LUBARSCH[32] zustimmen und mit ihm gerade an Hyalin denken. Die Trennung in ein „Ekto- und ein Endoplasma", die wechselnde Gröfse der Gebilde u. a. dürften sich als bekannte Thatsachen der hyalinen Degeneration unterordnen und sicherlich nicht zu der Annahme besonderer Parasiten hindrängen. Noch kürzlich hat ein italienischer Autor, BINAGHI,[33] berichtet, dafs in 53 untersuchten Fällen von Epitheliom ihm 40 Male der Nachweis von Blastomyceten geglückt ist. Neben ihrer guten Färbbarkeit mit sauren Farben glaubte BINAGHI als Hauptbeweis für die tierische Natur der Gebilde die Widerstandsfähigkeit gegen Säuren und Alkalien anführen zu sollen.

Diese Thatsache soll „sozusagen dem Stier das Haupt abschlagen und jede Sophisterei als unmöglich, auch für die Zukunft, ausschliefsen." Aus solchen Zeilen geht nur das eine klar hervor, wie wenig bekannt das Hyalin und die hyaline Degeneration sind.

Litteraturverzeichnis.

[1] Über Cysten der ableitenden Harnwege. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 41, S. 303.

[2] a. a. O.

[3] Ein Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie der Schleimhaut der Harnwege und ihrer drüsigen Anhänge. *Virch. Arch.* Bd. 138, 1 u. 2.

[4] Über Ureteritis cystica. ZIEGLER, *Beiträge zur pathol. Anat. u. allg. Pathol.* Bd. 16, S. 562.

[5] *Dtsch. med. Wochenschr.* No. 7. 26. März 1896. S. 48. Referat.

[6] Über die parasitäre Natur der Ureteritis chronica cystica. *Ctrbl. f. path. Anat.* 1893. No. 15.

[7] Case of vesiculation of the mucous membrane of the bladder. *Transactions of the pathol. Society London.* Bd. 40, S. 175.

[8] ibid. S. 441. Psorospermical cysts of both ureters.

[9] ibid. Bd. 43. (*Ctrbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* V, S. 229.)

[10] Cysten in der menschlichen Ureterenschleimhaut, durch Coccidien bedingt. *The Lancet.* 1888. S. 1278.

[11] *Geschwülste.* Bd. 1, S. 232, 247, 248.

[12] Ureteritis chronica cystica polyposa nebst cystischer Degeneration der Niere. *Virch. Arch.* Bd. 66, S. 138.

[13] Zur Lehre von den chronischen Katarrhen der Schleimhaut der Harnwege und der Cystenbildung in derselben. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 31, S. 63.

[14] Zur Histologie des Nierenbeckens und des Harnleiters. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 17, S. 14.

[15] Über Ureteritis chronica cystica. *Memoria della R. Academia della Scienze dell' Institut. di Bologna.* Tom. X, S. 208. Ref. *Ctrbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* Bd. 1, S. 266.

[16] Über drüsenähnliche Bildungen in der Schleimhaut des Nierenbeckens, des Ureters und der Harnblase beim Menschen. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 41. 1893.

[17] Zur Kenntnis der Epithelcysten der Harnblase und der Ureteren. *Ztschr. f. Heilkunde.* Bd. VIII. 1887.

[18] Über Hautfurchen und Hautpapillen. Sitzungsbericht der physiol. Gesellschaft zu Berlin vom 24. Febr. 1882. *Arch. f. Anat. u. Physiol.* 1882. S. 118. — Über die Furchen und Falten der Haut. *Virch. Arch.* Bd. 92, S. 135.

[19] Über das Verhältnis der Oberhaut zur Papillarschicht. *Auspitz' Archiv.* 1870.

[20] Entwickelungsgeschichte und Anatomie der Haut. Ziemssen, *Handbuch.* 14. Bd. 1883.

[21] Allgemeine Pathologie und Therapie der Haut. Ziemssen, *Handbuch.* 14. Bd. 1883.

[22] *Histopathologie der Hautkrankheiten.* Hirschwald. 1894.

[23] *Virch. Arch.* Bd. 155. Bd. 141. — *Ctrbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* Bd. V. — *Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 1—4.

[24] a. a. O.

[25] a. a. O. (5.)

[26] *Handbuch d. allg. Path. d. Kreislaufs u. d. Ernähr.* S. 404 ff.

[27] Über Hyalin, insbesondere seine Beziehung zum Kolloid. *Virch. Arch.* 1892. S. 377 ff.

[28] a. a. O.

[29] a. a. O.

[30] a. a. O. (5.)

[31] Vgl. u. a. Unna, *Derm. Ztschr.* 1893—94. Bd. 1, S. 28. Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration der Carcinomepithelien.

[32] Über die angebliche parasitäre Natur der Ureteritis cystica. *Ctrbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* Bd. II, S. 4.

[33] Über das Vorkommen von Blastomyceten in den Epitheliomen und ihre parasitäre Bedeutung. *Ztschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh.* Bd. 23, S. 283.

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

(Fortsetzung.)

Celsus (II. Teil).

Von

Dr. Moritz Cohn in Hamburg.

Wenden wir uns jetzt den speziellen Hautkrankheiten zu, so finden wir im Celsus bereits mehrere Erkrankungen der Haare (Lib. VI, Kap. 1—4, pag. 208 u. 209) geschildert. Er unterscheidet Haarausfall nach Krankheiten, im Alter und einen idiopathischen, ferner kennt er eine Erkrankung der Kopfhaare, welche mit Schuppenbildung einhergeht und eine andere des Bartes, welche er mit *σύκωσις* bezeichnet. Gegen den Haarausfall nach Infektionskrankheiten empfiehlt er häufiges Rasieren und eine Mixtur aus Öl und Opium, während er bereits erwähnt, dafs es

gegen den Haarschwund im Alter kein Mittel giebt (l. c. Kap. 1). Im zweiten Kapitel (pag. 208) fährt er dann fort: Porrigo autem est, ubi inter pilos quaedam quasi squamulae surgunt, eaeque a cute resolvuntur et interdum madent, multo saepius siccae sunt. Idque evenit modo sine ulcere, modo exulcerato loco, huic quoque modo malo odore, modo nullo accedente. Fereque id in capillo fit, varius in barba, aliquando etiam in supercilio. Früher wurde diese Krankheit als Favus oder Erbgrind gedeutet. Recht unsicher scheint mir diese Deutung, obgleich Favus ja Schuppen (squamulae) produziert. Ich könnte mir wohl denken, dafs jemand die Stelle als seborrhoisches Ekzem der Kopfhaut deutet, zumal da das „interdum madent" und das „modo exulcerato loco" für die letztere Auffassung herangezogen werden könnte. Immerhin erscheint mir diese Deutung richtiger als die Annahme von Favus. Um aber objektiv zu bleiben, mufs ich hinzufügen, dafs Celsus weiterhin der Vorstellung Raum giebt, als ob diese Erkrankung der Kopfhaut nur der Ausdruck allgemein schlechter Säfte sei, und er sagt daher: „ubi aliquod in eo (bezieht sich auf Corpus) vitium est, non incommodum est summam cutem potius subinde corrumpi quam id quod nocet in aliam partem magis necessariam verti" (l. c., pag. 208). Durch diese Annahme wird Celsus zum Begründer der Rückschlagstheorie, einer Theorie, welche uns Ärzten noch heute viel zu schaffen macht. Jeder Praktiker weifs, wie manche Mutter besorgt den Arzt ansieht, wenn der Masern- oder gar Scharlachausschlag rasch verschwindet. Verläuft der Fall nun gar ungünstig, sofort ist die Behauptung da, „die Krankheit ist nach innen geschlagen." Heilt man gar erst ein altes, seit Jahren bestehendes Ulcus cruris, so läuft man Gefahr, dafs der Patient es sich wieder öffnet. Wer hätte gedacht, dafs diese Vorstellung dem Gehirn unseres Zunftgenossen im grauen Altertum entsprungen ist? Vielleicht ist diese Vorstellung noch älter als Celsus und sollte mir etwas auf diese Sache Bezügliches zu Gesicht kommen, so werde ich darauf zurückkommen. Als Behandlung empfiehlt er, das Haar zu schneiden, event. zu rasieren und dann Soda mit Essig oder Gummiharz mit Myrthe und Wein oder Myrobalane mit Wein anzuwenden.

Noch schwieriger ist die Deutung der Sykosis unseres Autors. Ich möchte dem Leser raten, unseren Begriff von der Sykosis barbae von vornherein fallen zu lassen. Celsus beschreibt seine Sykosis (l. c., Kap. 3) folgendermafsen: Est etiam ulcus, quod a fici similitudine σύκωσις a Graecis nominatur: caro excrescit, et id quidem generale est. Sub eo vero duae species sunt: alterum ulcus durum et rotundum est, alterum humidum et inaequale. Ex duro exiguum quiddam et glutinosum exit, ex humido plus et mali odoris. Fit utrumque in iis partibus, quae pilis conteguntur: sed id quidem, quod callosum et rotundum est, maxime in

barba, id vero, quod humidum praecipue in capillo. Dafs wir es hier mit einer mykotischen Infektion der Haarscheiden und Haarwurzeln zu thun haben, kann für den Leser kaum zweifelhaft sein, aber mit welcher? Einem vernachlässigten Herpes tonsurans? Einer Sykosis im modernen Sinne des Wortes? Einer Impetigoart? Nicht einmal Lues und Lupus sind sicher auszuschliefsen. Ich möchte hier keine bestimmte Diagnose stellen, da kein stichhaltiges Kriterium vorhanden ist. Zur Behandlung empfiehlt er Eselskürbis oder Breiumschläge aus Leinsamen oder Feigenabkochungen und schliefslich (Triumph der Empirie über die Erfahrungen der modernen Antiseptik) essigsaure Thonerdelösung (terra quoque Eretria [diese Stadt auf der Insel Euböa war berühmt wegen ihrer Thonerde] ex aceto liquata).

Nicht viel glücklicher sind wir, was die Deutung angeht, bei der nächsten Affektion, obgleich heute jedermann von einer „Area Celsi" spricht. Eine Alopecia gab es schon im Altertum und der Name hat sich über 2000 Jahre gehalten. Abweichend von der modernen Anschauung ist nur, dafs Celsus zwei Arten von Alopecia, von denen sich keine mit unserer Alopecia areata deckt, unterscheidet. Die gewöhnliche Form kann sowohl am Kopf- wie am Barthaar auftreten. Sie beginnt an irgend einer Stelle und breitet sich nach Belieben weiter aus. Die andere Form, welche er *ὀφίασις* nennt, beginnt am Hinterkopf. Sie überschreitet die Breite von zwei Fingern nicht, kriecht dann mit zwei Vorsprüngen nach den Ohren weiter, mit zwei anderen nach der Stirn, bis sich die zwei Vorsprünge vereinigen. Die letztere Form beobachtete er fast ausschliefslich bei Kindern. Beiden Formen gemeinsam ist, dafs erst die äufsere Haarscheide abstirbt, wodurch die Haare schwach werden, so dafs sie ausfallen. Die Ausbreitung erfolgt bald schneller, bald langsamer. Er sieht es für ein schlechtes Zeichen an, wenn die Kopfhaut dünn und glatt wird. Damit der geneigte Leser sich selbst überzeuge, wie wenig sich die Area des Celsus mit der „Area Celsi" deckt, eine Anschauung, die auch schon von Hebra und Kaposi (cf. deren *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1876. Bd. 2, pag. 148) vertreten wird, lasse ich jetzt noch den Wortlaut des 4. Kap. des 6. Buches folgen: „Arearum quoque duo genera sunt. Commune utrique est, quod emortua summa pellicula pili primum extenuantur, deinde excidunt; ac si ictus is locus est, sanguis exit liquidus et mali odoris. Increscitque utrumque in aliis celeriter, in aliis tarde; peius est quod densam cutem et subpinguem et ex toto glabram facit: sed ea, quae *ἀλωπεκία* nominatur, sub qualibet figura dilatatur. Fit et in capillo et in barba. Id vero, quod a serpentis similitudine *ὀφίασις* apellatur, incipit ab occipitio; duorum digitorum latitudinem non excidit; ad aures duobus capitibus serpit, quibusdam etiam ad frontem, donec se duo capita in priorem partem committant. Illud

vitium in qualibet aetate est, hoc fere in infantibus. Illud vix unquam sine curatione, hoc per se saepe finitur."[1] Was nun die Therapie angeht, so sah er bei Kindern diese Krankheit fast immer spontan heilen, während die Erkrankung der Erwachsenen eine sehr energische Behandlung erheischte. Das Hauptmittel ist „täglich rasieren", womit nicht eher aufgehört werden darf, als bis sich starker und dichter Haarwuchs bemerkbar macht. Aufserdem empfiehlt er Ölbäder, thapsisches Harz und Terpentin.

Fassen wir jetzt das Ergebnis der Haarkrankheiten bei Celsus kurz zusammen, so folgt, dafs wir mit Sicherheit nur einen Haarausfall im Alter und nach Infektionskrankheiten als mit unsern modernen Begriffen sich deckend, nachweisen können. Seine Sykosis und Area sind Krankheitsbilder, welche wohl niemals richtig gedeutet werden können, da ihre Beschreibung zu unklar und dehnbar ist. Einzig und allein eine Ausnahme macht seine Porrigo. Sie deckt sich nicht mit der Porrigo favosa Willans, um so mehr ähnelt ihre Beschreibung aber dem, was wir heute unter dem seborrhoischen Ekzem Unnas, wie es derselbe zuerst beschrieben hat, verstehen. Würde dieser Forscher sich veranlafst fühlen, den Namen seines seborrhoischen Ekzems zu ändern, so könnte er es mit Fug und Recht „Porrigo" nennen. Kommt aber jemand, der mir nachweist, dafs auch Celsus' Porrigo sich nicht mit dem seborrhoischen Ekzem Unnas deckt, dann würde ich zu der traurigen Erklärung gezwungen, dafs bei diesem lateinischen Autor keine Haarkrankheit so geschildert ist, dafs wir sie heute noch aus seiner Beschreibung diagnostizieren können, oder dafs die Krankeitsbilder sich im Laufe der Jahrhunderte so geändert haben, dafs ein Erkennen unmöglich wird.

(Fortsetzung folgt)

[1] Es fehlen alle Merkmale unserer Area Celsi: das plötzliche Auftreten der Stellen, die kreisrunde Form, das Konfluieren derselben. Es wäre daher angezeigt, diese Krankheit in Zukunft nur Alopecia areata zu bezeichnen.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 20. Mai 1897.

(Originalbericht von L. Wickham-Paris.)

Alepobeule. Die Herren Brocq und Veillon stellen einen Patienten vor mit multiplen Alepobeulen auf den Handrücken, den Wangen, der Nase, den Ohren. Die primäre Läsion besteht aus einem Knötchen, in dessen Zentrum ein hirsekorngrofser

Eiterpunkt liegt. Einzelne Plaques haben ein papillomartiges Aussehen. Histologisch besteht die Affektion in einer kleinzelligen Infiltration, deren Elemente sich zu Knötchen anhäufen, die in der Cutis zerstreut liegen. Bakteriologisch haben die Autoren einen Streptothrix isoliert, der sich morphologisch dem Aktinomyces nähert. In den tieferen, der Luft nicht ausgesetzten Läsionen konnten sie keine Mikrokokken finden.

Herr Moty, der verschiedene Fälle von Biskrabeule gesehen, findet keine grofse Ähnlichkeit dieser letzteren mit der Affektion, welche obiger Patient zeigt. Bei ersterer bleibt die Läsion oberflächlicher. — Herr Hallopeau meint, dafs man unter der sog. Tropenbeule verschiedene Varietäten unterscheiden mufs. Nach ihm scheint der Brocqsche Fall nicht hierher zu gehören, eher zur Hauttuberkulose. — Herr Brocq findet, dafs die rasche Entwickelung der Affektion in drei Wochen nicht für Tuberkulose spricht.

Behandlung der Psoriasis mit Kakodylsäure. Herr Danlos. Der Patient leidet seit 15 Jahren an einer äufserst hartnäckigen Psoriasis. Herr D. hat nun innerhalb sechs Wochen durch innerliche Anwendung von Kakodylsäure (Acid. kakodyl. 2,5, Rheum 20, Sir. cort. aurant. 20, Aquae 60, Ol. menthae gtt. II) die Affektion zu bedeutender Besserung gebracht. Die Haut ist zwar noch etwas verdickt, erinnert aber nicht mehr entfernt an ihren früheren Zustand. Der Patient hat bis sechs Kaffeelöffel voll von dieser Mixtur im Tage vertragen. — Herr Besnier hat den gleichen Patienten, der ein Arthritiker ist, früher mit Jodkalium (bis 25,0 pro die) behandelt, jedoch ohne Erfolg in Bezug auf die Dermatose. Was die glänzenden Resultate der Kakodylsäure in diesem Falle anbelangt, so fürchtet B., dieselben möchten nicht dauerhaft sein. Der Patient ist stark abgemagert und das Präparat hat wahrscheinlich hier wie alle Medikamente gewirkt, die eine Schwächung des Organismus verursachen.

Kreisförmige Fältelungen nach Syphilis. Herr Danlos. Der Patient trägt auf dem Rumpfe zahlreiche erhabene Narben von runder Form und weicher Konsistenz und mit eigentümlichen Streifen und Fältelungen versehen. — Herren Darier, Balzer, Besnier, Fournier haben ähnliche Erscheinungen gesehen, ebenso Herr Wickham, der ihre Entwickelung vom Momente ihrer Entstehung bis zu ihrer Umwandlung in Narben verfolgen konnte.

Spontane Lymphangiektasien der Gesichtscutis. Herren Balzer und Griffon. Die Frau, deren Photographie gezeigt wird, trägt am Kinn und seit einiger Zeit an der Stirn Lymphgefäfserweiterungen, die Bläschen und rosenkranzartige Erhabenheiten bilden, wodurch das Kinn ein höckeriges Aussehen erhält. Unter dem Fingerdrucke oder durch Anziehen der Haut verschwinden sie; an der Stirn werden sie hingegen beim Runzeln sichtbar. Eine andere Affektion irgendwelcher Art war nicht vorausgegangen, auch keine submaxillären Drüsenschwellungen, dagegen bestehen Varicen der unteren Extremitäten.

Tuberkulose und Quecksilberbehandlung. Herr Fournier hat in manchen Fällen, wo sich die Diagnose von Tuberkulose aufdrängte, sehr günstige Resultate mit der antiluetischen Therapie erzielt, was er dann meist auf einen Fehler in der Diagnose zurückführte. Unlängst behandelte er aber einen Kranken mit unzweifelhaftem Lupus der Wange und granulöser Tuberkulose der Haut mit Kalomelinjektionen, worauf die Läsionen beinahe vollständig verschwanden. Diese Thatsache nimmt natürlich der Quecksilbertherapie ihren differential diagnostischen Wert. — Herr Jacquet berichtet über einen Fall von tuberkulöser Osteomyelitis, die ebenfalls unter antiluetischer Behandlung gut abheilte.

Bemerkung über die Alopecievarietäten. Herr SABOURAUD zeigt zwei Kaninchen, denen er tief in die Haut Injektionen von Toxinen des Seborrhoebacillus gemacht hat. Während die Haare nach Epilation oder Injektion anderer Toxine verhältnismäfsig rasch wieder nachwachsen, besteht die Alopecie bei dem einen dieser Kaninchen, das bereits im April demonstriert worden war, als die Alopecie schon 40 Tage bestand, immer noch. Bei dem zweiten Kaninchen wurde die Injektion vor 17 Tagen gemacht und hat bereits zu einer polycyklischen 14 cm langen und 8 cm breiten Alopecieplaque geführt. Die Affektionen, welche die Toxine geliefert haben, waren beim ersten Tiere eine Kahlheit, beim zweiten eine Alopecia areata.

Vierte Bemerkung über einen Fall von Mykosis fungoides. Herren HALLOPEAU, BUREAU und WEIL haben bei demselben tiefe subkutane Infiltrationen konstatiert, was die Affektion keineswegs, wie dies KAPOSI behauptet hat, von der perniciösen Lymphodermie unterscheidet. In der Krankengeschichte des Patienten führen die Autoren aufserdem noch Veränderungen an, die denen bei der Psoriasis palmaris gleichen. Bei der Autopsie fanden sie in einer Niere einen kleinen Tumor, der die histologischen Kennzeichen der Mykosisknoten aufwies. Es wäre dies somit der zweite bekannte Fall einer visceralen Mykosis.

Über einen Fall von Lepra in der Bretagne. Herr HALLOPEAU berichtet über eine Frau, bei der sich seit drei Jahren von Zeit zu Zeit ausgedehnte erythematöse Schübe einstellen, nach deren Verschwinden Pigmentation zurückbleibt. Gegenwärtig bestehen neben solchen pigmentierten Plaques breite, unregelmäfsig kreisförmige, erythematöse Flecke, die sich unaufhörlich wiederholen und zuweilen ohne Pigmentation zu hinterlassen verschwinden. Anästhesie besteht keine; trotzdem glaubt Herr H., dafs es sich um eine autochthone Lepra handle, da erstere bei Lepra fehlen kann. Es würde sich dann aber um einen bisher noch nicht beschriebenen Typus handeln. — Herr BESNIER möchte zur definitiven Festsetzung der Diagnose den bakteriologischen Befund abwarten.

Hereditäre Syphilis. Daktylitis syphilitica ossea. Herren GAUCHER und BARBE betonen die Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnose zwischen Spina ventosa tuberculosa und der Daktylitis ossea specifica, da bei beiden Affektionen das Aussehen der Läsionen dasselbe ist. Bei dem 15jährigen Mädchen, das die Autoren vorstellen, bestehen sichere Zeichen von hereditärer Lues: kupferfarbige papulöse Eruption an den Genitalien, Gumma am linken Oberschenkel und in der Kniebeuge, chronischer Schnupfen, etwas eingedrückte Nase, olympische Stirn; dagegen fehlt der HUTCHINSONsche Symptomenkomplex. Während die lokale Therapíe wirkungslos geblieben war, brachte die spezifische Behandlung wesentliche Besserung.

Zwei Fälle von Syringomyelie nach dem MORVANschen Typus. Herren GASTON, LESNÉ und DOMINICI. Bei der einen Patientin war keine Krankheitsursache nachzuweisen; die zweite war auf die Schulter derjenigen Seite gefallen, wo nun die Läsionen bestehen Bei beiden sind nacheinander allgemeine Schwäche und Schmerzen in den befallenen Gliedern entstanden, ebenso haben beide analgetische Panaritien. Bei der einen der Patienten sind dem letzteren bullöse Eruptionen vorangegangen. In beiden Fällen besteht Skoliose, Verstärkung der Patellarreflexe und syringomyelitische Dissociation und zwar vorherrschend im Gebiete des N. ulnaris bei der Frau, die ihr Panaritium am Ringfinger trägt, im Gebiete des Radialis beim Manne, dessen Panaritium am Daumen lokalisiert ist. Die Frau hat eine starke Myosis. Keiner der beiden Kranken hat in einer Lepragegend gelebt. In dem Eiter der Panaritia konnten nur Staphylokokken, keine HANSENschen Bacillen konstatiert werden. Es lassen sich keine Spuren von toxischer oder infektiöser Neuritis als Ursache der Affektion nachweisen.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 26. (14.) März 1897.

Originalbericht von A. Jordan-Moskau.

Der Vorsitzende der Gesellschaft, Prof. Pospelow, gedenkt mit ehrenden Worten des plötzlich verstorbenen Mitgliedes M. Stukowenkow, Professor in Kiew.

1. Glawsche als Gast stellt einen Fall von **Psoriasis vulgaris** aus der dermatologischen Klinik vor, welcher elektrisch behandelt werden soll, und Nikulin zwei Fälle von **Psoriasis vulgaris** aus derselben Klinik, bei denen die Franklinisation bereits angewandt worden ist; und zwar bei der einen Patientin mit anfangs günstigem Erfolg, worauf aber in letzter Zeit neue Eruptionen an den Körperstellen, welche den Funken ausgesetzt wurden, aufgetreten sind; bei der anderen Kranken mit bisher negativem Resultat, jedoch befindet sich letztere erst seit Anfang dieses Monats in Behandlung. — Pospelow fügt hinzu, dafs die Versuche noch fortgesetzt werden sollen.

2. Shiwult demonstriert eine 15jährige Patientin mit symmetrisch über beiden Unterarmen und Handrücken verbreiteten **Narbenkeloiden** von meist ovaler Form, welche vor zwei Jahren im Anschlufs an einen impetiginösen Ausschlag aufgetreten sein sollen.

3. Pospelow stellt einen 70jährigen Mann vor, bei welchem im Oktober vorigen Jahres nach vorhergegangenem Jucken und stechenden Schmerzen zunächst an den Handtellern und Fufssohlen Rötung, Schilferung, Glanzhaut und Tylombildung sich entwickelten, welche Erscheinungen dann auf die dorsalen Flächen der Hände und Füfse übergriffen und die Matrix der Nägel in dem Mafse affizierten, dafs die Nägel abgestofsen werden. Derartige Fälle sind in der Litteratur unter der Diagnose **Erythrodermia** beschrieben worden, so dafs auch Pospelow diese Diagnose gewählt hat, obgleich er diese Benennung weder wissenschaftlich, noch praktisch für richtig hält, weil unter dieser Diagnose die verschiedensten im Gefolge von Ekzem, Psoriasis etc. auftretenden Prozesse zusammengeworfen werden.

4. Shiwult stellt einen 37jährigen Patienten mit **Elephantiasis faciei** vor, welche am stärksten an der Unterlippe ausgeprägt ist, die geschwulstartig herabhängt, aber auch die Schleimhaut des Rachens, der Nase und des Kehlkopfes betrifft. S. ist geneigt, die Elephantiasis als Folge eines von der Schleimhaut ausgegangenen Lupus tumidus anzusehen.

A. Sabolotsky hält bei der Seltenheit des Lupus der Schleimhaut die Möglichkeit von Lues nicht ausgeschlossen, so lange nicht eine mikroskopische Untersuchung vorgenommen worden ist. — Shiwult antwortet darauf, dafs aus äufseren Gründen kein Schleimhautstückchen zwecks Untersuchung exstirpiert werden konnte, dafs sich aber beim Patienten, den er bereits 15 Jahre kennt, keine Anhaltspunkte für Lues finden und dafs auch Jodkalium ohne jeden Erfolg gegeben worden ist. — Pospelow hebt die Seltenheit der vorgestellten Affektion hervor.

5. Lichatscheff spricht über die **Behandlung des Rhinoskleroms** an einem schon früher in der Gesellschaft vorgestellten Fall, welcher jetzt als gebessert entlassen werden soll. Die Behandlung bestand während des zweijährigen Aufenthaltes dieses Patienten in der Klinik anfangs in Injektionen von Karbolsäure, Natrium arsenicosum, Sublimat, Rhinosklerin in das Gewebe der Geschwulst und zuletzt in Skarifikationen, Exstirpation eines Keiles aus der Geschwulst bei gleichzeitigem inneren Gebrauch von 550 asiatischen Pillen. L. glaubt die Besserung vorzüglich den Skarifikationen und den Pillen zuschreiben zu müssen, jedenfalls aber nicht dem Rhinosklerin, welches sich ganz wirkungslos erwies.

6. Ustinow demonstriert mikroskopische Präparate von **Leprabacillen** in der Haut und im Nerv eines Falles von Lepra anaesthetica.

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 30. April 1896.

1. **Ein Fall von Eccema marginatum mit ausgebreiteter und ungewöhnlicher Lokalisation**, von Török. Die 22jährige verheiratete Kranke bemerkte den Anfang ihres Leidens vor 1½ Jahren, welches sich auf der rechten Schulter als thalergroßer juckender Fleck manifestierte. Seit dieser Zeit verbreitet sich das Leiden derartig, daß die Mitte des Fleckes ausheilt mit Zurücklassung einer braunen Verfärbung, indessen sich die Affektion an den Rändern verbreitet. Zur Zeit ist ein mächtiger Fleck sichtbar, der den Thorax mantillenartig umgiebt. Die obere Grenze desselben ist vorn am Unterkiefer, rückwärts die behaarte Kopfhaut; die unteren Ränder ziehen von der Mitte des Manubrium sterni mit polycyklischem Verlauf gegen die Achselhöhle und von da gegen die Mitte des Rückens. Die laterale Grenze befindet sich an der unteren Grenze des oberen Oberarmdrittels. An den Rändern sieht man hirsekorngroße hyperämische und ödematöse papillare Erhebungen und hauptsächlich aus deren Konfluenz entstandene blaßrote, ziemlich scharfbegrenzte nagel- bis silberguldengroße Flecke, welche teils mit feinen Schüppchen, teils mit braunroten Krüstchen bedeckt sind. Einige ähnliche Läsionen sind noch in der Mitte des kaffeebraunen pigmentierten Fleckes zu sehen. Pilze konnten nicht nachgewiesen werden.

2. **Ein Fall von Lichen ruber acuminatus (Pityriasis rubra pilaris)**, von Török. Die 29jährige Lehrersgattin hat zwei gesunde Kinder und erfreute sich bis vor neun Jahren, als dieses Leiden auftrat, der besten Gesundheit. Die Erkrankung begann auf den Fußrücken und verbreitete sich im Verlaufe eines Jahres auf die Kniee, Hände und den Rumpf, ohne je Jucken zu verursachen. Vor zwei Jahren wurde Patientin in Wien behandelt und der Fall von Prof. Kaposi ausführlich beschrieben. (Siehe *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. XXXI. Heft 1, S. 11.) Das Krankheitsbild hat sich seitdem nicht wesentlich verändert. Török hält den Fall entschieden für Pityriasis rubra pilaris und leugnet jedwede Verwandtschaft mit Lichen ruber planus.

Mohr, Augenarzt, demonstriert die krankhaften Veränderungen der Augen an der Patientin. Beide Augen sind lichtscheu und schwer zu öffnen. An dem intermarginalen Teile des linken oberen Augenlides sitzen tief im Zellgewebe mehrere hirsekorngroße, scharf geränderte Papeln. An der Bindehaut beider oberen und unteren Augenlider sieht man nahe am Lidrand eher flache Papeln. Konjunktiva sonst geadert, etwas geschwollen. Am rechten Auge perikorneale Injektion, von der Konjunktiva ziehen Blutgefäße gegen die Kornea, deren Fläche uneben ist, viele Substanzverluste teils facettenartig glänzend aufweist. Das Parenchym der Kornea ist undurchsichtig grau, nur im oberen äußeren Viertel durchscheinend, Vorderkammer tief, Iris intakt, soweit dieselbe sichtbar ist. Sehvermögen: zählt die Finger in 1 m Entfernung. Am linken Auge ist die Kornealerkrankung viel geringer, oberflächliche Erosionen mit geringer Ciliarinjektion. Sehvermögen: zählt die Finger in 5 m Entfernung. Die vorhandenen Kornealgeschwüre verdanken ihr Entstehen dem Übergreifen der Konjunktivalveränderungen, welche wieder im kausalen Nexus mit jenen Hautveränderungen sind, die an den intermarginalen Teilen der Lider beschrieben waren. — Róna gesteht, daß er einen ähnlichen Fall noch nicht gesehen hat, und will konstatiert haben, daß dieser Fall weder mit demjenigen zu vergleichen ist, den Havas im Jahre 1889 im Ärzteverein in Übereinstimmung mit Kaposi als Lichen ruber acuminatus angesprochen hat, und den sowohl er als auch die damals (1892) hier gewesenen französischen Dermatologen als einen Fall von Pityriasis pilaris Devergie diagnostizierten, noch mit demjenigen, den Havas in der zweiten Sitzung

der ungarischen dermatologischen und urologischen Gesellschaft (19. Jan. 1896) als typische Pityriasis pilaris Besnier-Richaud vorgestellt hat, und welchen sowohl R. als auch Török nicht dafür hielten. Nebstdem sei zu bemerken, dafs im vorliegenden Falle die auf den Armen und im Gesichte vorhandenen starken Infiltrate, so auch die auf der Ober- und Unterlippe sich befindlichen Schleimhautinfiltrate solche Erscheinungen sind, wie selbe bei den bis jetzt beschriebenen Pityriasis pilaris-Fällen nicht vorkommen. Auf Grund dessen möchte er in diesem Falle keine bestimmte Meinung äufsern. — Török ist der Ansicht, dafs bezüglich der Diagnose gar kein Zweifel vorhanden sein kann. Alle vorhandenen Hautveränderungen stimmen mit den von Besnier beschriebenen überein. Wir können die typischen Veränderungen an den Follikeln, den „état granité" an den Ellbogen und Knien, die typische Lokalisation etc. genau konstatieren. Im übrigen wurde dieser Fall von Kaposi selbst als Lichen ruber acuminatus diagnostiziert und publiziert. Die streifenförmige Anordnung der Hautveränderungen ist zwar eine ungewöhnliche, aber nicht mafsgebend. Ein ähnliches Bild kann auch bei der Psoriasis vorkommen. Aus diesen blofs äufserlichen Gründen kann man die Diagnose Lichen ruber acuminatus nicht verwerfen. Die Lippen sind ganz gewifs nicht verdickt, es ist auch keine Spur einer Infiltration daselbst zu sehen, die Schleimhaut ist blofs auf der Unterlippe etwas weifslich verfärbt. — Róna wollte durchaus nicht die Richtigkeit der Diagnose „Pityriasis rubra pilaris" bezweifeln, umsoweniger, nachdem Török in Paris Gelegenheit hatte, mehrere ähnliche Fälle zu sehen. Es ist aber Thatsache, dafs zur Zeit typische Lichen planus-Papeln nicht zu sehen sind, und blofs nur die moniliformen Knötchen erinnern einigermafsen an den Lichen ruber.

3. **Ein Fall von Lichen ruber planus und acuminatus**, von Basch. Der 37jährige Patient, der stets gesund gewesen sein soll, führt seine jetzige Erkrankung auf zwei Jahre zurück, indem er damals zuerst in den Kniebeugen kleine „Wimmerln" bemerkte, welche Jucken verursachten und keine Tendenz zur Weiterverbreitung zeigten. Erst vor drei Monaten bemerkte er ähnliche Veränderungen an den Unterschenkeln, später auch auf den Oberschenkeln und zuletzt auf den oberen Extremitäten und auf dem Rumpfe. Zur Zeit sind folgende Erscheinungen zu sehen: Kopf und Gesichtshaut sind frei, auf dem Rumpfe zerstreute nadelstichkleine bis stecknadelkopfgrofse Erhebungen, die rauh anzufühlen sind. Aufser diesen sind viele stecknadelkopf- bis mohnkorngrofse, muldenförmige, zumeist schuppende Knötchen sichtbar. An den oberen und unteren Extremitäten sind pfennig- bis thalergrofse Plaques vorhanden, deren Umgebung mäfsig infiltriert ist, und welche mit graubraunen Schuppenauflagerungen bedeckt sind. Ähnliche Plaques sieht man ad nates, nur sind jene der Extremitäten viel rauher. In der Umgebung der an den Extremitäten befindlichen Plaques sieht man stecknadelkopfgrofse Veränderungen, deren Grund mäfsig infiltriert ist und aus denen Coni hervorragen. An der Streckseite der linken Finger sieht man ebenfalls mäfsig ausgebildete Coni. Die Schleimhäute sind mäfsig injiziert, an der Mund- und Lippenschleimhaut als auch auf der linken Tonsilla sind bis hirsekorngrofse konische glänzende und flache glanzlose Erhabenheiten, deren Umgebung ganz normal ist. Die beschriebenen Hautveränderungen entsprechen meist dem Lichen ruber planus universalis; wenn B. trotzdem auch einen Lichen acuminatus annimmt, geschieht dies hauptsächlich darum, weil acuminierte Papeln ebenfalls vorhanden sind. Ähnliche Fälle sind von Kaposi, Schwimmer, Lukassiewitz beschrieben. Histologisch konnte der Fall wegen Kürze der Zeit nicht untersucht werden.

Róna hält die Erkrankung für einen typischen Lichen planus. Die acuminierten Knötchen und Corneusgebilde gehören zum Bilde des Lichen planus. — Török hält auch den Fall für einen Lichen planus universalis. Die follikulären Veränderungen

weichen vollständig ab von denen seines Falles. Er ist der Ansicht, dafs die dem L. acuminatus ähnlichen Gebilde nicht zu dem Krankheitsbilde des Lichen planus gehören, sondern entsprechen dem Bilde der Keratosis pilaris. Für diese Annahme spricht auch, dafs in den Follikelmündungen blofs Hornpfröpfchen vorhanden sind, deren Basis gar nicht oder nur mäfsig hyperämisch ist. Überdies scheint der Kranke schon seit geraumer Zeit kein Bad genommen zu haben. — Basch giebt zwar zu, dafs die mit Pityriasis rubra pilaris bezeichneten Lichen ruber acuminatus-Fälle von dem vorgestellten abweichen. Auch er hält den Fall für Lichen planus, es sind aber nichtsdestoweniger auch Übergangsformen zu sehen. Patient hat vor sechs Wochen zuletzt gebadet und so wäre die Rauheit einzelner Hautpartien vielleicht doch auf einen anderen Grund zurückzuführen.

4. **Entfernung eines in der Blase gebrochenen Katheterstückes,** von Róna. Der 20jährige Patient giebt an, 1896 eine Blennorrhoe aquiriert zu haben; 1892 ist der Urinstrahl dünner und besteht starkes Urinnachträufeln. In letzterer Zeit wurde er gegen Prostatitis und Striktur behandelt. Bei der Einführung eines Nélatonkatheters geschah es einmal, dafs der Katheter beim Herausziehen abbrach und das Bruchstück zurückblieb, welches einige Centimeter betrug. Auf Drängen des Patienten, dasselbe zu entfernen, stiefs es der behandelnde Arzt angeblich in die Blase. Seit dieser Zeit leidet Patient an häufigem Harndrang (½stündlich), zum Schlusse der Miktion treten intensive Schmerzen auf und Bluten. Patient wurde vom behandelnden Arzte am 6. Juni 1894 nach Budapest gesendet und kam in meine Sprechstunde. Bei Untersuchung des Kranken konnte eiteriger Ausflufs konstatiert werden, im skrotalen Teile der Urethra war ein mehrere Centimeter langer, harter Fremdkörper durchzufühlen. In der Annahme, dafs der Fremdkörper im strikturierten Teile eingeklemmt sei, führte man das Endoskop 24 Ch. ein, worauf der Fremdkörper nach rückwärts etwas auswich. Nach Einführung des Zeigefingers in den Mastdarm fixierte er denselben, nach Entfernung des Endoskopes und unter behutsamem Vorwärtsstreichen glitt der Fremdkörper langsam aus der Harnröhre heraus. Der Fremdkörper bestand aus einem 3 cm langen starren, ausgetrockneten, mehrmals quergesprungen Nélatonkatheterstücke (Ch. 10). Dies war auch die Ursache des Abbrechens und dafs sich dasselbe aus dem verengten skrotalen Teile spontan nicht entfernte.

5. **Ein Fall von extragenitaler Sklerose,** von Schatteles. Die 23jährige Amme übernahm ein 3 Monate altes Kind zum Stillen, welches wegen Geschwüren an den Lippen und Ausschlägen am Körper zuerst vom Hausarzte und später im Kinderspitale behandelt wurde, woselbst kongenitale Syphilis konstatiert wurde. Die Amme säugte das Kind trotzdem weiter und aquirierte nach kurzer Zeit eine typische Sklerose an der linken Brustwarze mit Konsekutiverscheinungen.

6. **Über Katheterisierilisation,** von Alapy. Vortragender hat sein früheres Verfahren insoweit abgeändert, dafs 20—50 elastische Katheter, Bougies etc. — mit Beseitigung der früher benötigten Papierhülle für jedes einzelne Instrument — in ein 50—60 cm hohes, 5—6 cm weites Glasrohr gegeben werden, in welches vorher ein Bogen Filtrierpapier, zu einem Hohlcylinder von derselben Dimension zusammengerollt, hineingeschoben wird. Das oben und unten mit Watte (welche mit einer Lage Gaze umhüllt wird) verschlossene Glasrohr, in welchem der untere Propfen 5—6 cm die Öffnung überragen mufs, wird dem strömenden Wasserdampfe des gewöhnlichen Kochschen Sterilisators 15—20 Minuten ausgesetzt und dann abgekühlt; schliefslich der Papiercylinder aus dem Rohre entfernt. Die Vorzüge des beschriebenen Verfahrens wären folgende: 1. Die Einfachheit und Bequemlichkeit; selbst in einem kleineren Apparate können 4—5 Glasröhren, somit 100—120 Instrumente zu gleicher Zeit sterilisiert werden. 2. Die ausgezeichnete Konservierung der Instrumente; das

Filtrierpapier nimmt den nachträglich kondensierten Wasserdampf auf, es bildet sich kein Kondensationswasser, daher die Katheter selbst vollkommen trocken bleiben und eine sehr häufige Wiederholung des Verfahrens gestatten. 3. Die Vermeidung jeglicher Harnröhrenreizung, welche bei Gebrauch der mit flüssigen oder gasförmigen antiseptischen Mitteln desinfizierten Katheter niemals gänzlich zu umgehen ist. 4. Die absolute Verläfslichkeit. Vortragender hat seine Methode aus dem Grunde einer neuerlichen Prüfung unterworfen, da sämtliche Autoren, die zur Sterilisation den strömenden Wasserdampf verwenden, von der Voraussetzung ausgehen, man müsse durch besondere Vorrichtungen den Dampf durch die Katheter direkt leiten, um eine sichere Keimtötung auch im Innern der Katheter zu erzielen. Im Widerspruch mit dieser Auffassung haben seine Versuche die Thatsache ergeben, dafs die mit Milzbrandsporen von innen und aufsen infizierten Katheter, auch solche feinster Lumina (Instillatoren, Ureterenkatheter), selbst nach mehrtägiger Austrocknung der Kulturen, durch das beschriebene Verfahren mit absoluter Sicherheit sterilisiert worden sind, ohne dafs sie vorher, wie in der Praxis mit Recht üblich, abgestreift worden wären. Zum Schlüpfrigmachen der Instrumente verwendet Alapy blofs reines sterilisiertes Olivenöl oder Sesamöl. *A. Aschner-Budapest.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 39, Heft 2. 1897.

I. **Über lokale Veränderungen nach intramuskulärer Injektion von Hydrargyrum salicylicum**, von M. Wolters-Bonn. Der Verfasser hat gelegentlich eines letal verlaufenen Falles von Syphilis weitere Studien über die Einwirkung intramuskulärer Injektionen von unlöslichen Quecksilbersalzen gemacht. Im ganzen hatte der Patient sechs Einspritzungen erhalten, und zwischen der letzten und dem Eintritt des Todes lag ein Zeitraum von drei Monaten. In der Leiche waren die Injektionsstellen durch kleine Knoten in der Tiefe markiert. Schon früher hat Verfasser in einer Publikation die Thatsache erwähnt, dafs überhaupt die alten Injektionsstellen noch monatelang in der Tiefe als kleine rundliche Knoten und Resistenzen fühlbar sind. Solche Infiltrate verursachen je nach ihrer Zahl, Gröfse und der Dauer ihres Bestehens mehr oder weniger intensive Beschwerden. Sie finden sich relativ häufiger bei Frauen, wahrscheinlich wegen der stärkeren Adipositas derselben. Die mikroskopische Untersuchung eines mit intakter Muskulatur der Umgebung von einer Injektionsstelle excidierten Knotens ergab in dem Musculus glutaeus maximus und medius längliche, mehr diffuse palpable Härten. Aus den weiteren mitgeteilten histologischen Befunden kann man sich den Prozefs in der Weise erklären, dafs mechanisch und chemisch durch das Hg-salicylicum eine gewisse Menge Muskelfasern zerstört werden, deren Zerfallsprodukte, ebenso wie ausgetretene Blutelemente nach Ablauf der akutesten Entzündungserscheinungen resorbiert werden. Es resultieren daraus leere Sarkolemmaschläuche oder, wo auch das Sarkolemma ganzer Muskelbündel zu Grunde ging, gröfsere Kanäle, die von Sarkolemma ausgekleidet sind. Von letzterem geht dann

unter starker Kernvermehrung (Kernteilungsfiguren) eine Wucherung aus, welche das Minus des Gewebes deckt und durch spätere Schrumpfung zur definitiven Vernarbung bringt. Also nicht durch Wucherung des Fettbindegewebes, wie Verfasser auf Grund früherer Befunde geglaubt hatte, sondern lediglich durch das Sarkolemma wird der entstandene Defekt an Muskelgewebe wieder ersetzt. — Was die Wirkung der Quecksilbereinspritzungen auf die Muskulatur betrifft, so nimmt Verfasser an, dafs schon bei der Injektion oder kurz nachher durch die Muskelaktion das Injektum zwischen die Muskelfasern hineingetrieben wird und so die streifenförmigen Herde bildet, welche sich später als Kanäle präsentieren. Die Umsetzung des injizierten Hydrargyrum salicylicum scheint eine langsame, nicht stürmische zu sein, im Gegensatze zu dem eingespritzten Kalomel, das an der Injektionsstelle zu akutem und heftigem Gewebszerfall und zur Höhlenbildung, wie allgemein angenommen wird, führen soll.

II. **Über eine eigentümliche Form multipler infektiöser Hautgangrän,** von L. Waelsch-Prag. Ein 38jähriger Lohgerber wurde 1891 wegen einer Magengeschwulst operiert. Seit dieser Zeit kränkelte er beständig und litt häufig an Magenkrämpfen, die der Patient durch selbst ausgeführte Morphiuminjektionen zu beschwichtigen pflegte. Im Anschlufs an eine Injektion entstand vor drei Wochen an der Injektionsstelle in der Magengegend ein brauner Fleck, auf dem sich allmählich eine Beule bildete; die letztere perforierte nach einigen Tagen, entleerte grünen Eiter und wandelte sich in ein Geschwür um. In der nächsten Zeit traten successive neue Beulen an der Haut des Bauches, der Brust, der Arme und Oberschenkel auf. Seit den letzten drei Wochen hustet Patient, hat grünlichen Auswurf, schwitzt des Nachts und leidet an starken Diarrhoen. In sehr schwerem Zustande wurde er ins Hospital gebracht. Nach zwei Tagen erfolgte der Exitus letalis. Die klinische Diagnose lautete: Gangraena cutis multiplex cachectica, Sepsis; die pathologisch-anatomische: Abscessus multiplices subcutanei et intramusculares cum ulceratione cutis late extensa. Bronchitis suppurativa et Pneumonia lob. sinistra partim in suppuratione. Gangraena circumscripta multiplex lobi inferioris pulmon. dextr. Aufserdem stellte unter anderem die Sektion fest: Tuberculosis chronica et obsoleta pulmonum et glandularum lymphaticarum peribronchialium. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab das Verhältnis der weifsen zu den roten 1 : 390. Mikroorganismen fanden sich nicht im Blute, dagegen wurden im Eiter der Geschwüre grofse Mengen nach Gram färbbarer Diplokokken, zwischen denselben eingestreut kurze, nicht Gram-beständige Stäbchen, sowie sehr zahlreiche rundliche, kokkenähnliche Gebilde, endlich fein granulierte, unregelmäfsig gestaltete, dichte Haufen gefunden. In den Präparaten, welche mit dem aus den uneröffneten Abscessen aspirierten Eiter angefertigt worden waren, fanden sich die nach Gram nicht färbbaren Bacillen fast in Reinkultur. Mit dem Eiter sowohl der Geschwüre, wie der uneröffneten Abscesse wurden noch bei Lebzeiten des Patienten behufs bakteriologischer Untersuchung Platten gegossen. Als Hauptbefund derselben ergaben sich nach Gram nicht färbbare, kurze, an den Enden abgerundete $1^1/_2$—2 μ lange Stäbchen mit deutlicher Eigenbewegung. Der Verfasser beschreibt im folgenden die Wachstumsformen des Bacillus auf den verschiedenen Nährböden. Tierversuche zeigten, dafs der gefundene Bacillus ungemein pathogen wirkt. In kultureller Beziehung zeigt derselbe so grofse Ähnlichkeit mit dem von Babes und Pop bei einem Falle von Pustula maligna mit sekundärer hämorrhagischer Infektion gefundenen und als spezifisch angesehenen Bacillus, dafs Verfasser nicht ansteht, beide zu identifizieren. Was die Ätiologie der Hauterkrankung anbetrifft, so dürfte es sehr wahrscheinlich sein, dafs der Patient durch die Verwendung einer unreinen Morphiumspritze und ganz verrosteter Injektionsnadeln sich mit einem

höchst virulenten Virus, das vielleicht mit seiner Beschäftigung (Lohgerberei) in Beziehung stehen mag, infiziert habe.

III. **Reinzüchtung des Gonococcus Neisser in zwei Fällen blennorrhoischer Metastase,** von J. Jundell-Stockholm. In dem ersten Falle entwickelte sich im Verlaufe einer intensiven Blennorrhoe eine Tendovaginitis blennorrhoica des rechten Musculus tibialis posticus und eine Synovitis blennorrhoica carpi dextri. Die Symptome bestanden in beständigen Schmerzen im rechten Fufse an der Innenseite des Fufsgelenks, wo sich eine diffuse, stark gerötete, sehr empfindliche Schwellung befand. Dieselbe war am stärksten hinter dem Malleolus internus. Eine gleich beschaffene Schwellung zeigte die Dorsalseite des rechten Handgelenkes. Sowohl die Sehnenscheide des Musculus tibialis posticus wie das rechte Handgelenk wurden punktiert, und die herausgelassene, serös eiterige, dünne Flüssigkeit einer bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Deckglaspräparate wurden energisch und mit Anilinwasser gentianaviolett gefärbt, einigemale mit Grams Jodlösung übergossen, während ca. 30 Sekunden in absolutem Alkohol entfärbt, mit Wasser abgespült und mit stark verdünntem Karbolfuchsin nachgefärbt. Es wurden im ganzen wenig Gonokokken teils extra- teils intracellulär liegend in den Präparaten angetroffen. Behufs bakteriologischer Untersuchung wurde je ein Tropfen des Eiters aus der Sehnenscheide auf 8 Ascitesagarplatten ausgestrichen. Nach 48 Stunden sah man in den Platten typische, gelatinös graue, in durchfallendem Lichte stark lichtbrechende Kolonien von Gonokokken in einer Zahl von 10—40 in den verschiedenen Platten. Die Gonokokken wurden nach Gram in 15—20 Sekunden entfärbt; sie wuchsen nicht auf den gewöhnlichen Nährböden. — In derselben Weise angelegte Platten aus dem Exsudate des rechten Hangelenks blieben steril. Inokulationen mit Gonokokken vom ersten Falle ergaben ein positives Resultat. — In dem zweiten Falle handelte es sich um einen profusen blennorrhoischen Ausfluſs, verbunden mit Rötung, Schwellung, Schmerzhaftigkeit und Fluktuation des linken Knies. Die Patella ballotierte deutlich. Der Patient konnte weder aktive noch passive Bewegungen ausführen. Das Kniegelenkexsudat wies sowohl mikroskopisch wie bakteriologisch Gonokokken auf. Überimpfungen ergaben ein positives Resultat. — Der Verfasser bespricht im folgenden die Arbeiten, welche Fälle von blennorrhoischen Metastasen zum Gegenstande haben.

IV. **Lungenembolie bei Injektion von Hydrargyrum salicylicum** von Bernhard Schulze-Kiel. Der 32jährige Patient mit sekundären Erscheinungen wurde in der üblichen Weise mit Einspritzungen von Hg-salicylicum in Paraffin. liquid. (1 : 10) behandelt. Nach der vierten Spritze, die in den linken Glutaeus appliziert worden war, befiel den Patienten, kurz nachdem er das Sprechzimmer des Verfassers verlassen hatte, auf der Straſse ein heftiges Schwindelgefühl verbunden mit Schüttelfrost; es folgten ein langer, heftiger Hustenanfall mit Erbrechen, starke, stechende Schmerzen in der linken Gegend besonders hinten und unten, so daſs Patient kaum im stande war zu atmen. Die Hustenanfälle wiederholten sich, wenn auch nicht mehr in derselben Heftigkeit wie der erste. — Die Untersuchung der Lungen ergab nirgends Dämpfung, nur hinten, links unten deutliche, wenn auch nicht sehr starke Rasselgeräusche. Die Temperatur war über 39, der Urin frei von Eiweifs. Unter absoluter Bettruhe und nassen Umschlägen besserte sich der Zustand. Nach 6—7 Tagen waren alle Erscheinungen verschwunden. Die Behandlung mit den früheren Einspritzungen wurde ohne Zwischenfall zu Ende geführt, nachdem Verfasser wohl darauf achtete, bei der Injektion keine Vene zu berühren.

V. **Über Alopecia congenita** von Paul Ziegler-München. Verfasser hatte Gelegenheit, ein 17jähriges, kräftig entwickeltes, wohl genährtes Mädchen mit ange-

borenem gänzlichen Haarmangel zu beobachten. Zähne und Nägel waren normal. Erbliche Belastung lag nicht vor. — Seit dem Eintritt der Periode im 13. Lebensjahre tritt alle 4 Wochen am Hinterhauptshöcker ein kleines Büschel schwarzer Haare auf, die nach 4 Tagen mit dem Aufhören der Periode wieder verschwinden. Seit einem Jahre zeigen sich einige wenige normale Haare an den Augenbrauen und Augenlidern. — Die mikroskopische Untersuchung eines aus der Kopfschwarte in der Scheitelgegend exzidierten Hautstückchens ergab normal entwickeltes Epithel mit reichlichen Papillen, dagegen fehlten in sämtlichen Schnitten sowohl Haare als Haarpapillen bei Vorhandensein reichlicher, gut entwickelter, zum Teil mehrfach verzweigter Talgdrüsen. In der Nähe derselben, meist an deren Basis, stets entfernt vom Oberflächenepithel, sieht man vereinzelte Epithelschläuche mit weitem, kreisrundem Lumen. Das Epithel besteht aus 4—6 Schichten. An der Basis findet sich niedriges Cylinderepithel, nach innen zu abgeplattete polygonale Zellen in 3—5facher Lage, die äufseren weisen neben den Kernen Eleidinkörner auf, die inneren sind zum gröfsten Teile kernlos. Innerhalb des Lumens findet man kernlose Zellkonturen und Detritus, nie aber Spuren von Haaren. Die Schläuche sind von zirkulär angeordneten Bindegewebszügen umhüllt, in die glatte Muskelfasern einmünden. — Die Behandlung der Alopecie mit Arsenik, später mit Schilddrüsenextrakt hatte auf das Wachstum der Haare keine Wirkung. Verfasser bespricht die einschlägige Litteratur und vergleicht seinen Fall mit den von verschiedenen Autoren publizierten Fällen.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band IV. Heft 2. 1897.

I. **Die Lepra in Holland und seinen Kolonien,** von T. Broes van Dort-Rotterdam. Aus den bisherigen Schriften über die Lepra in Holland und den holländischen Kolonien ist nicht zu eruieren, wann und auf welchem Wege die Krankheit in die Niederlande eingeschleppt worden ist. Das älteste Denkmal über die Errichtung von Leproserien in dem südlichen Teile der Niederlande, dem heutigen Belgien, datiert aus der Mitte des 12. Jahrhunderts. Wie in so vielen anderen Ländern scheinen auch hier die Kreuzzüge zur Verbreitung der Lepra beigetragen zu haben. Ungebundenheit der Lebensweise, schlechte hygienische Verhältnisse, der Genufs von gesalzenem Fleische und von verdorbenen gesalzenen Fischen, ferner tellurische und atmosphärische Einflüsse werden für das Entstehen und die rasche Verbreitung verantwortlich gemacht. Von grofsem Interesse sind die Mitteilungen des Verfassers über die Art und Weise der Isolierung der Leprösen, über die Mittel, sich vor Ansteckung zu schützen und über die Behandlung der Krankheit. Einer eingehenden, an interessanten Daten reichen Besprechung unterzieht Verfasser die Lepra in der holländischen Kolonie Curaçao. In Curaçao, Aruba und Bonaire, den Inseln „unter dem Wind" wird die Krankheit als ziemlich selten, in St. Eustatius, St. Martin und Saba, den Inseln „über dem Wind" als einigermafsen endemisch betrachtet. Die Lage der Inseln zu den Passatwinden scheint von unverkennbarem Einflusse auf die Frequenz der Leprafälle zu sein. Die Zahl der in der Leproserie von Curaçao untergebrachten Kranken betrug im April 1896 19 für die drei Inseln Curaçao, Aruba und Bonaire mit einer Bevölkerung von 38000 Einwohnern, während die Leproserie für die Inseln St. Eustatius und St. Martin 17 Lepröse bei einer Einwohnerzahl von 5900 beherbergte. — Die Ärzte aus Curaçao sind entschiedene Kontagionisten, nur ein einziger nimmt Heredität an, weil er niemals einen Fall von wirklicher Übertragung konstatieren konnte. Verfasser will in einer weiteren Arbeit Mitteilungen über die Lepra in den niederländischen Kolonien Ostindien und Suriname machen.

II. **Laryngitis leprosa**, von Ramon de la Sota y Lastra-Sevilla. (Übersetzt von Paul Bergengrün.) Die lepröse Erkrankung des Kehlkopfes tritt stets sekundär auf. Die ersten Veränderungen zeigen sich gewöhnlich am weichen Gaumen und an der Uvula; von hier breiten sie sich über den ganzen harten Gaumen, die Gaumenbögen, die Tonsillen, die Zunge, den Pharynx und den Larynx, sowie über den Nasenrachenraum und die Nase aus. Trockenheit und Kitzel, häufiges Niesen, Schlingbeschwerden, Husten, abundante, sich oft wiederholende Blutungen sind die ersten den Patienten belästigende Symptome. Die Schleimhaut ist in dieser ersten kongestiven Periode gerötet, trocken, glänzend wie gefirnifst, später abblassend. — Die zweite oder Eruptionsperiode der Laryngitis leprosa ist durch stecknadelkopf- bis erbsengrofse, mehr oder weniger zahlreiche, vereinzelte oder zu Gruppen vereinigte, schmutzigweifse oder trübe weifsgelbliche, auf blasser Schleimhaut sich erhebende Knötchen charakterisiert. Dieselben sind anfangs auf Druck noch empfindlich, später kann man sie stechen, ohne dafs der Kranke es fühlt. Während der Geschmackssinn bei solchen Patienten gut erhalten ist, tritt nicht selten im Verlaufe der Laryngitis leprosa Abnahme, ja gänzlicher Verlust des Geruchs- und Gehörssinnes ein. Auch das Sehvermögen ist meist getrübt. Das Gefühl der Mund- und Rachenschleimhaut ist oft derart herabgesetzt, dafs viele Kranke sich mit heifsem Kaffee oder Thee bis zur Blasenbildung verbrühen, ohne auch nur das Geringste zu verspüren. Die nasale Respiration ist teils infolge von Schwellung der Nasenschleimhaut, teils durch auf derselben befindliche Knoten behindert oder aufgehoben. — Die dritte Periode der Laryngitis leprosa ist durch den Zerfall der Knoten, durch Ulceration und Deformierung des Kehlkopfs und der benachbarten Teile, vor allem aber der Nase gekennzeichnet. Der Verlauf der Halslepra ist zwar ein chronischer, aber im ganzen rascherer als bei der Hautlepra. — Im folgenden bespricht der Verfasser die pathologische Anatomie, die Differentialdiagnose der Laryngitis leprosa. In letzterer Beziehung kommen Lupus, Carcinom, Syphilis und Tuberkulose des Larynx in Betracht. Die Merkmale, durch welche sich die Kehlkopflepra von den eben genannten Krankheiten unterscheidet, werden sehr eingehend besprochen. Die Prognose ist meist pessima, gleichwohl kann Verfasser die berichteten Heilerfolge namhafter Dermatologen nicht zurückweisen, weil er selbst einen Fall von Heilung beobachtet hat. Es handelte sich um eine Patientin mit unregelmäfsig gestalteten, verschieden grofsen, braunen Flecken im Gesicht und an den Extremitäten, mit vielen linsen- bis nufsgrofsen Blasen. Die Sensibilität war an den befallenen Stellen herabgesetzt, das Sehvermögen vermindert, der Geruch ganz geschwunden, die Sprache näselnd. Die Nasenschleimhaut war blafs, trocken, die des Gaumens zart, weifs, verdünnt. Die Anästhesie des Gaumensegels war so hochgradig, dafs Nadelstiche an dieser Stelle nicht gefühlt wurden. — Die Krankheit bestand seit 5 Jahren. Erbliche Belastung lag nicht vor. Anhaltspunkte für Syphilis waren nicht vorhanden. Die Behandlung bestand durch 3 Jahre hindurch in auf- und absteigenden Dosen von arsenhaltiger Sodalösung (5 Milligramm bis 2 Centigramm). Gleichzeitig wurde Tinct. Eucalypt. in Chinarindeninfus, und wenn das intermittierende Fieber, an dem Patientin litt, es erforderlich machte, immer Chinin verordnet. Lokaltherapeutisch wurden Ulcera mit Steinkohlenpulver bestreut und Bläschen zur Schonung der Haut ihres Inhaltes entleert. Jeden Sommer besuchte die Patientin behufs einer Trink- und Badekur die schwefelselen-arsenikhaltigen Quellen von Carratraca. Unter Beobachtung einer strengen Diät und hygienischer Mafsnahmen hatte Verfasser die Genugthuung, Heilung eintreten zu sehen. Flecken, Blasen und Geschwüre auf der Haut verloren sich, die normale Sensibilität kehrte überall wieder. Drei Jahre sind seit der Entlassung der Patientin ohne Recidiv verstrichen. Verfasser glaubt, dafs hier die gesunde Lebensart, sowie

die Ausdauer der Patientin einen grofsen Einfluſs auf die Heilung gehabt haben. Die aufserordentlich anregende und instruktive Arbeit des Verfassers beschliefst eine tabellarische Zusammenstellung von 32 selbst beobachteten Fällen von Laryngitis leprosa.

III. **Die chirurgische Behandlung des Lupus vulgaris**, von C. Popper-Wien. (Schluſs). In der sehr umfangreichen Arbeit werden weitere 15 plastisch operierte Fälle von verschiedenen Formen des Lupus vulgaris ausführlich beschrieben. Sämtliche Patienten waren zur Zeit ihrer Entlassung als geheilt zu betrachten. Bei keinem war nach Abschluſs der Behandlung irgend eine für Lupus verdächtige Stelle am Körper vorhanden. Bei allen Kranken konnte das dem chirurgischen Verfahren zu Grunde liegende Prinzip — die Beseitigung aller erkrankten Stellen — durchgeführt werden. Auch der kosmetische Effekt war in der Mehrzahl der Fälle ein sehr befriedigender. In kurzer Zeit oder noch während der Behandlung auftretende Recidive wurden nicht beobachtet. Bei einer Reihe von Fällen, die Jahre hindurch beobachtet wurden, ist nach vorgenommener Operation kein Recidiv mehr aufgetreten, so daſs dieselben als vollständig geheilt angesehen werden können. Verfasser hält es für zweifellos, daſs die chirurgische Behandlung des Lupus grofse Vorzüge vor allen anderen gebräuchlichen Behandlungsmethoden besitzt.

IV. **Zur Kasuistik der Meningomyelitis syphilitica**, von C. Ellingen-Berlin. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle der Krankheit, welche in Prof. Lassars Klinik längere Zeit hindurch beobachtet worden sind. Der eine betraf einen 31 Jahre alten Musiker, der Ende Oktober 1893 angeblich einen weichen Schanker acquirierte. Acht Wochen nach der Infektion erkrankte er an intensiven Kopfschmerzen, die beiderseits über der Schläfengegend lokalisiert waren und die den Patienten veranlaſsten, die Lassarsche Klinik aufzusuchen, wo Lues diagnostiziert wurde. Der Patient machte eine Injektionskur von 36 Spritzen durch, nach der er sich wohl fühlte. Die Kopfschmerzen waren schon nach den ersten Einspritzungen verschwunden; nur eine leichte Müdigkeit und Mattigkeit blieb den ganzen Sommer 1894 bestehen. Im August desselben Jahres machte der Patient, der als Soldat diente, ein Manöver mit. Bei einem Biwak erwachte er des Nachts plötzlich mit starkem Urindrang und bemerkte, daſs seine Beine „steif und starr“ und unbeweglich waren. Diese Erscheinung verschwand nach wenigen Stunden; der Patient machte sogar am nächsten Tage noch einen Marsch von 35 km. Aber seit der Zeit verspürte er Kriebeln in den Füſsen und Unterschenkeln, litt ständig an Incontinentia urinae und hartnäckiger Stuhlverstopfung. Ende Januar 1895 bemerkte er zuerst beim Tanzen eine stärkere Unsicherheit in den Beinen. Bald stellten sich auch lancinierende Schmerzen, ferner Schmerzen in der Kreuzbeingegend und längs der Wirbelsäule ein, die unter einer Schmierkur eher schlimmer als besser wurden. Es kam schlieſslich zu einer Paraplegie der unteren Extremitäten. Erst Bäder und Jodkalium brachten den Patienten dahin, daſs er wieder mit Hülfe eines Stockes gehen konnte. Oktober 1896 zeigte er bei Aufnahme des Status einen spastisch-paretischen Gang, bedeutend gesteigerten Patellar- und Fuſssohlenreflex, ausgesprochenes Gürtelgefühl am Thorax und Abdomen. Bauchdecken- und Kremasterreflex fehlte. Sensibilität im ganzen erhalten; die Wirbelsäule in der Höhe des 4. Brustwirbels druckempfindlich. Der Patient klagt über zeitweise auftretenden dumpfen Schmerz in der Lenden- und Kreuzbeingegend. Die Incontinentia urinae ist immer noch vorhanden, Stuhlgang ist nur durch Klysmata zu erzielen. — Seit einiger Zeit macht sich Gedächtnisschwäche und schnell eintretende geistige Ermüdung bemerkbar.

Im Anschlusse an die Mitteilung der Krankengeschichte des zweiten Falles giebt der Verfasser einen kurzen Überblick über den heutigen Stand unserer Kenntnisse

von der Rückenmarkssyphilis. Einer eingehenden Betrachtung unterzieht er die Meningomyelitis. Dieselbe ist die typische Form der spinalen Lues. Nur in sehr wenigen Fällen wird jedoch das Rückenmark allein befallen. Meistens zeigt sich auch das Gehirn mit ergriffen. Nach Oppenheim ist die durch Hirnerkrankung komplizierte Meningomyelitis, die Meningitis syphilitica cerebrospinalis eine der häufigsten und klinisch bestcharakterisierten Formen syphilitischer Affektion des Zentralnervensystems. Die charakteristischen Symptome sind mehr oder weniger heftiger Schmerz in der Nacken-, Rücken- und Kreuzgegend, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule. Diese Erscheinungen weisen auf die Erkrankung der Meningen hin. Hinzukommen die sogenannten „Wurzelsymptome", welche durch Komprimierung und Zerrung der hinteren oder vorderen Wurzeln der ein- resp. austretenden Nervenfasern durch neugebildetes oder sich rückbildendes Gewebe hervorgerufen werden. Ausstrahlende Schmerzen, Gürtelgefühl und Hauthyperästhesien sind Zeichen einer Erkrankung der hinteren Wurzeln; atrophische Lähmungen, umschriebener Muskelschwund deuten auf eine Affektion der vorderen Wurzeln in der Höhe der Hals- und Lendenanschwellung hin. Ist das Mark an dem meningomyelitischen Prozesse beteiligt, wobei meistens der Dorsalteil betroffen ist, so treten die bekannten Erscheinungen an den unteren Extremitäten, so wie Blasen- und Mastdarmstörungen auf. — Verfasser unterzieht sodann die klinischen Erscheinungen in seinen Fällen hinsichtlich der Diagnose einer kritischen Besprechung. *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.

April 1897.

I. **Ulcerierendes Granuloma der Regio pubica,** von J. Galloway-London. Die im gemäfsigten Klima nur sehr selten, in den heifsen britischen Kolonien Westindiens dagegen häufig auftretende und jüngst in einer Publikation von Conyers und Daniels beschriebene Krankheit ist charakterisiert im Beginn durch die Bildung von Papeln, welche wachsen und ziemlich grofse Knoten bilden können. Dieselben zeigen ein glattes, transparentes Aussehen und eine rosarote Farbe. Im weiteren Verlaufe kommt es zu einer Erosion oder Ulceration der verdünnten Epidermis über den Knoten. Die glatte Oberfläche geht verloren und nimmt ein körniges Aussehen an, das für das spätere Studium der Tumoren charakteristisch ist. Dieselben bluten leicht und sondern ein profuses, übelriechendes, wässeriges Sekret ab. Nach und nach wird der Knoten durch dichtes Narbengewebe ersetzt und es tritt dann langsam Heilung durch Narbenbildung ein. Die Narben sind fest und gewöhnlich regellos pigmentiert. Häufig sprieſsen auf dem Grunde derselben neue granulierende Knoten hervor. Die Krankheit befällt hauptsächlich die Regio pubica bei Männern und Frauen, kommt indessen auch an anderen Körperstellen vor. — Der Verfasser beschreibt im folgenden einen Fall, der in England vorgekommen ist, und teilt dann das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Eine Efflorescenz besteht aus einem Rundzelleninfiltrat, welches in den oberen Lagen des Coriums auftritt und sich nach oben in die Papillen und nach unten in das subcutane Gewebe ausdehnt. Die Hauptmasse des Exsudats jedoch liegt in der oberen Schicht der Cutis und in den Papillen selbst. Mit der Zunahme des Exsudats wachsen die Papillen in die Länge und in die Breite, und die interpapillären Zapfen der Epidermis erscheinen stark verlängert. Unter dem Einflusse des Infiltrates wird das Bindegewebe und auch das elastische Gewebe vernichtet und durch neu gebildetes Bindegewebe ersetzt. Eine Tendenz der Infiltrationsmassen zur Verkäsung oder Vereiterung besteht nicht. Die Zellen, welche die Neubildung zu-

sammensetzen sind 1. Leukocyten mit mehr oder weniger unregelmäfsig gestalteten Kernfragmenten; 2. Zellen, die etwas gröfser als die Leukocyten, rund oder kuboid sind und mäfsig grofse, runde Kerne enthalten; 3. drei- bis viermal so grofse Zellen als die letzterwähnten, mit kleinen Kernen und grofsem Protoplasmarand; 4. längliche Zellen mit spindelförmigen Kernen, welche das Aussehen von gewöhnlichen Bindegewebskörperchen haben. Mikroorganismen fanden sich nicht im Infiltrate, wenn man von den Kokken, welche auf der Oberfläche des Tumors gefunden wurden, absieht. — Die Behandlung bestand in der Applikation von antiseptischen Lösungen, ohne jedoch irgend einen Effekt auf das Gewächs auszuüben. Am erfolgreichsten erwies sich nach den Berichten von Conyers und Daniels in Westindien eine Salicylkreosotsalbe. Bei immer wieder von neuem ausbrechenden Tumoren bleibt nur die radikale Excision der befallenen Stelle übrig, wie sie in einem von Pringle beschriebenen Falle vorgenommen worden ist. — Die Ätiologie der Krankheit ist bis jetzt noch dunkel.

II. **Vier Fälle von bullösen Varicellen**, von P. H. Pye-Smith-London. In allen vier vom Verfasser ganz kurz mitgeteilten Fällen bildete sich im Anschlufs an die Varicellenpusteln ein mehr oder weniger ausgedehnter bullöser Ausschlag, der zumeist am Halse und am Stamm lokalisiert war. Nur sehr wenige Blasen fanden sich in einem Falle an den Genitalien und in den Leisten, in drei Fällen im Gesichte Die Blasen waren verschieden gestaltet, bald rund oder oval, bald langgestreckt oder ganz unregelmäfsig. Die Basis jeder Blase wurde von der Malpighischen Schicht gebildet. Der Inhalt der Blasen war opalescent, niemals purulent. Die Frage, ob der Blasenausschlag primär durch dieselbe Ursache wie die Varicellen hervorgerufen werde, oder sekundär durch Streptokokken, vermochte Verfasser nicht zu entscheiden. Kulturversuche ergaben ein negatives Resultat. Auffallend ist, dafs drei Kinder derselben Familie an bullösen Varicellen erkrankten, und noch eigentümlicher ist es, dafs ein viertes an Varicellen leidendes Kind ebenfalls den Blasenausschlag bekam, nachdem es zu jenen in dieselbe Krankenabteilung gebracht worden war.

Diskussion (Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland. Sitzung vom 24. Februar 1897, ibid.): Dr. G. Pernet bemerkt, dafs unter den Fällen von akutem Pemphigus, die er zusammengestellt habe, einer sich befand, welcher als ein Fall von Varicellen ins Hospital gebracht worden war. Zwei Tage später wurde die Diagnose auf akuten Pemphigus gestellt. Demmes Diplococcus wurde im Blaseninhalt gefunden. — Dr. Stowers fragt, ob der Vortragende die für die Differentialdiagnose der Varicellen wichtige Beobachtung gemacht habe, dafs die Bläschen in der Mehrzahl oval und nahezu unterschiedslos die Längsachse derselben quer zur Achse des Körpers gerichtet wäre. — Dr. Collcot Fox vermag auch durch die Fälle des Vortragenden nicht die Überzeugung zu gewinnen, dafs es eine Krankheit gebe, die man Varicella bullosa nennen könne. Die Möglichkeit, ja die Wahrscheinlichkeit sei bei den Varicellen a priori vorhanden, dafs es zur Blasenbildung in einem Stadium der Krankheit komme. Er habe Fälle gesehen, die denen von Dr. Pye-Smith sehr ähnlich sehen, bei denen er jedoch das eine Mal „akuten Pemphigus", das andere Mal Impetigo contagiosa diagnostiziert habe. Er würde gern von Dr. Pye-Smith mehr Gründe und charakteristische Merkmale für die Diagnose Varicella bullosa hören. — Dr. Galloway hofft ebenfalls von Dr. Pye-Smith Näheres über den Initialcharakter der Efflorescenzen in den beschriebenen Fällen zu erfahren. — Dr. Pye-Smith erwidert, die Gründe, die ihn veranlafst hätten, die Fälle als Varicellen und nicht als Impetigo contagiosa anzusehen, seien 1) die Papeln, welche der Pustelbildung vorangegangen wären; 2) die Lokalisation hauptsächlich am Rücken und an den Schultern und nicht an den Beinen; 3) die Kopfhaut sei nur in einem einzigen Falle und zwar

erst spät ergriffen gewesen. — Die Frage, ob die Blasen genau an der Stelle der Varicelleneffloreszenzen sich entwickelt hätten, könne er bejahen.

III. **Recidivierender Herpes zoster mit Bemerkungen über die Ätiologie desselben,** von G. Pernet-London. Der Patient hatte im Dezember 1891 bei Beginn der Krankheit einen rechtsseitigen in jeder Beziehung klassischen Zoster intercostalis. Bei der zweiten Attacke im Dezember 1892 leitete sich der Zoster durch neuralgische Schmerzen am rechten Ohr und an der rechten Seite des Halses ein. Bald darauf zeigte sich genau unterhalb des Unterkieferwinkels der rechten Seite eine Gruppe von Papeln, die sich rasch zu kleinen Bläschen entwickelten. Nach fünf Tagen war der Ausschlag verschwunden. Zum dritten Male wurde der Patient im Februar 1896 befallen. (Zwischen der zweiten und dritten Attacke liegt ein Zeitraum von mehr als drei Jahren. Da wird man wohl kaum noch von einem ursächlichen Zusammenhange der einzelnen Attacken sprechen können. Ref.). Der Patient hatte am 5. und 6. Februar neuralgische Schmerzen an denselben Stellen wie bei der zweiten Attacke. Am Abende des sechsten zeigte sich ein markstückgroßer, erythematöser Fleck genau unterhalb des rechten Unterkieferwinkels, begleitet von Brennen und Stechen. Hierauf entwickelte sich eine Gruppe von Papeln, die bald vesikulös wurden. Das rechte Ohr war gerötet und heiß. Die Bläschen trockneten ein. Nach zehn Tagen war keine Spur mehr vom Ausschlag vorhanden. — Die vierte Attacke erlitt der Patient im November 1896. Sie verlief in ähnlicher Weise wie die beiden vorangegangenen. — Die Untersuchung der Augen des Patienten ergab Astigmatismus des rechten Auges. Verfasser weist auf die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Augenleiden und dem Herpes zoster hin.

Mai 1897.

I. Klinische und histologische Bemerkungen von Leslie Roberts.

1. **Greift Lupus erythematosus die Schleimhäute an?** Verfasser beobachtete eine 45jährige Frau mit ausgesprochenem Lupus erythematosus an den angrenzenden Teilen der Unterlippe. Von Interesse hierbei war die Beschaffenheit des Zahnfleisches des Unterkiefers, das sich schwammig anfühlte und sich schrumpfend von denjenigen Zähnen zurückgezogen hatte, welche der obigen affizierten Stelle gegenüber lagen. Diese Zähne waren sehr gelockert, aber sonst gesund. Dr. Brooke (Manchester), der den Fall gesehen hat, stimmt mit dem Verfasser hinsichtlich der Diagnose überein, glaubt aber, daß die Schrumpfung des Zahnfleisches auf denselben Krankheitsprozeß wie der Lupus erythematosus zurückzuführen sei, eine Ansicht, die der Verfasser nicht ganz teilt.

2. **Folliculitis necrotica.** Der Patient zeigt an der Nase eine rot unterlaufene Stelle, welche mit der benachbarten blassen und glatten Stirn und den Wangen stark kontrastierte. Die Hyperämie der Nase war von beträchtlicher Schwellung begleitet. Die Follikel an der befallenen Partie waren stark erweitert, einige derselben bedeckt mit Eiterkrusten, nach deren Entfernung eine Vertiefung zu Tage trat. Die Eiterung in den Follikeln zeigte eine eigentümliche Neigung über die Grenzen des Follikels hinaus in die perifollikulären Gewebsteile überzugreifen und durch Konfluenz kleine serpiginöse Geschwüre zu bilden, wenn der Prozeß nicht rechtzeitig zum Stillstand kam. In letzterem Falle jedoch pflegte Heilung mit Narbenbildung und Hinterlassung permanenter Narben einzutreten.

3. **Angioma serpiginosum.** Die Krankheit bei dem 15jährigen Mädchen besteht seit dem 4. Lebensjahre desselben, beschränkt sich auf die rechte untere Extremität und erstreckt sich an der hinteren Fläche vom Knöchel bis hinauf zum Gesäß, ist am stärksten an den Waden ausgeprägt, weniger deutlich am oberen Drittel

des Oberschenkels. Die Affektion ist charakteristisch durch zahllose, zu zirkulären oder halbmondförmigen Haufen vereinigte, fuchsinrote, nur schwach erhabene, wie Körner sich anfühlende Effloreszenzen, die auf Druck nicht verschwinden. Die Epidermis über denselben ist intakt, glatt, glänzend. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs der Krankheitsprozefs wesentlich in einer Erweiterung der unmittelbar unter der Epidermis gelegenen Blutkapillaren besteht. Die Erweiterungen präsentieren sich als kavernöse mit wohl entwickeltem Endothel ausgekleidete Hohlräume, die mit roten Blutkörperchen erfüllt sind. Die umgebende Cutis ist normal, Bindegewebsproliferation ist nicht vorhanden. Das kollagene Gewebe um die erweiterten Blutgefäfse erscheint zusammengepreſst; das elastische Gewebe ist in jeder Beziehung normal.

4. **Melanosis, begleitet von mäfsiger Akanthosis (Akanthosis nigricans?).** Der 58jährige Patient, Schiffskoch, giebt an, dafs er gelegentlich eines Schiffbruches längere Zeit mit den Beinen im Wasser stehen mufste und sich hierbei wohl erkältet habe. Einige Monate später bemerkte er des Morgens, dafs seine Beine von den Knieen abwärts stark geschwollen waren. Unter der Behandlung und Bettruhe verlor sich allmählich die Schwellung. Von dieser Zeit an wurde die Haut der Beine stärker pigmentiert. Gegenwärtig sehen die letzteren hinsichtlich der Pigmentation wie die Beine eines Negers aus. Stellenweise besteht Desquamation. Dagegen fehlen warzige und papilläre Prominenzen. Die Pigmentation dehnt sich nicht über die Unterschenkel hinaus. Die Haut des Gesichts und des Körpers ist allgemein von dunkler Farbe. — Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein verdicktes Stratum corneum: die Stachelzellen vergröfsert, die Pallisadenzellen grofs und mit goldbraunen Pigmentkörnchen erfüllt. Die Hauptveränderung in der Cutis besteht in der grofsen Quantität Pigment, welches sich in allen Teilen teils frei, teils in gekernten Zellen eingeschlossen vorfindet.

II. **Ein ungewöhnlicher Fall von Lupus**, von W. G. Smith. Der Fall betraf ein 18jähriges Mädchen, dessen Krankheit vor zwei Jahren begann. Verfasser hebt folgende Hauptmerkmale bei der Affektion hervor: 1. Ein zweifellos gewöhnlicher knotiger Lupus an der Nasenspitze; 2. symmetrische Exostosen an Nase und Fingern; 3. weiche Erhabenheiten an den Fingern; 4. ein psoriasisähnlicher Ausschlag am Körper und an den Beinen.

Verfasser wirft die Frage auf, ob alle diese krankhaften Zustände auf einen Ursprung zurückzuführen seien. Er ist geneigt, eine einzige Quelle anzunehmen, obwohl er niemals zuvor von einer Koexistenz des Lupus vulgaris mit Exostosen etwas gesehen oder gehört habe.

III. **Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis**, von Leslie Phillips-Birmingham. Frauen vertragen bekanntlich eine Quecksilberkur nicht so gut als Männer, weshalb bei jenen kleinere Dosen von Merkur angebracht sind. Verfasser hat oft die Beobachtung gemacht, dafs die Applikation von Quecksilberpräparaten auf die Vulvarschleimhaut sehr wirksam ist und dafs beispielsweise der Gebrauch von Kalomelpuder oder Zinkkalomelpuder wegen Condylomata lata an der Vulva nicht nur lokal eine rasche Heilwirkung zur Folge hat, sondern auch auf die sekundären Erscheinungen überhaupt einwirkt. Man braucht also bei der Applikation von Kalomelpuder an die Vulva nicht gleichzeitig noch Merkur innerlich oder zu Einreibungen zu verordnen. — Wenn Fälle von Syphilis der Behandlung mit Quecksilberpillen hartnäckig widerstehen, so hat Verfasser oft wohlthuende Wirkung von einer Mixtur, welche Sublimat enthielt, erzielt. — Als eine sehr bequeme Applikation für Schanker und Condylomata, die hinter einer Phimosis versteckt sind, empfiehlt Verfasser die Injektion von Kalomelsalbe in den Präputialsack mittelst einer Salben-

spritze. — Gegen syphilitische Alopecia wird Bestreichen der Kopfhaut mit unverdünntem Liquor carbonis detergens empfohlen. Ist der Haarausfall nicht mehr so stürmisch oder gar zum Stillstand gekommen, so empfiehlt sich tüchtiges Einreiben der Kopfhaut mit folgender Lösung:

℞ *Acidi acetici* 20,0
Glycerini 8,0
Aq. Coloniensis ad 100,0
M. f. Linimentum.

Bei syphilitischer Leukoplakie verbietet Verfasser streng alle Alkoholika und das Rauchen. Bisweilen beseitigt ein Aufenthalt an der See die Erscheinungen, wo die Medikamente im Stiche gelassen haben.

IV. **Pharmazeutische Notizen,** von H. Skinner-London. Der Verfasser bespricht die Herstellung und den Wert einiger die Haut vor dem Zutritt der äußeren Luft abschließender und schützender Deckmittel, so des Kollodiums, des Filmogens, der Gelatine. Auch die Puder und rasch sich verflüchtigende und eine Decke zurücklassende Tinkturen und Linimente werden einer kurzen Betrachtung unterzogen.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-uninary diseases.

April 1897.

I. **Über das Auftreten der Nephritis im frühen Stadium der Syphilis an der Hand eines tödlich verlaufenen Falles,** von J. A. Fordyce-New-York. Vorübergehende Albuminurie mit oder ohne Ödem beim Auftreten der syphilitischen Manifestationen wird häufiger beobachtet. Verfasser hat eine Anzahl solcher Fälle gesehen, bei welchen die Albuminurie vor Einleitung einer Quecksilberkur begann und während derselben verschwand. Gewöhnlich war sie von kurzer Dauer und entwickelte sich selten zu einer ausgesprochenen Nephritis. Abgesehen von den Fällen transitorischer Albuminurie im frühen Stadium der Syphilis und der genauer studierten Formen der amyloiden, gummösen und interstitiellen Nephritis in den späteren Stadien der Krankheit haben E. Wagner, Tommasoli, Jacoud, Mauriac, Vulpian und andere Autoren eine akute, parenchymatöse mit Fieber, Albuminurie, Ödemen etc. einhergehende Nephritis beobachtet, welche einen der Scharlachnephritis gleichen Verlauf nahm, bisweilen mit Heilung endigte, bisweilen in eine chronische interstitielle Entzündung mit Symptomen überging, welche von den nichtsyphilitischen Formen der Nephritis nicht zu unterscheiden waren. Ein derartiger Fall aus der Praxis des Verfassers wird im folgenden ausführlich beschrieben. Es handelt sich um einen intelligenten, kräftigen, 35jährigen, früher stets gesunden Arbeiter, der verheiratet und Vater mehrerer gesunder Kinder war. Dezember 1888 bekam er eine syphilitische Induration am Zeigefinger und im Februar 1889 sekundäre Erscheinungen. Von Februar bis April desselben Jahres nahm er innerlich Quecksilber, als er plötzlich an intensiven Kopfschmerzen, Herzklopfen, Ödem im Gesicht und an den unteren Extremitäten und hochgradiger Anämie erkrankte. Der Urin enthielt $^1/_3$ Eiweiß, Cylinder und Blutkörperchen. Trotzdem wurde die Quecksilberkur bis Juni fortgesetzt, aber mit einer bedenklichen Verschlimmerung des Zustandes. Das Sehvermögen des linken Auges hatte sich verschlechtert. Erst unter Jodkalium, Eisen, Alkalien, Bettruhe, Milchdiät trat eine entschiedene Besserung im Allgemeinbefinden ein. Etwa 5 Monate später zeigten sich wieder Nierenerscheinungen, die nach Wochen verschwanden und längere Zeit ausblieben. Drei und ein halbes Jahr nach der Infektion starb der Patient an urämischem Coma. — Sowohl die klinischen Erscheinungen wie die anatomischen Befunde in den Nieren entsprachen ganz denen einer Scharlach-

nephritis oder denjenigen Formen von Nierenentzündung, welche im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten auftreten.

II. **Ein Fall von Dermatitis herpetiformis im Anschlufs an die Vaccination,** von Wm. Allen Pusey-Chicago. Die 13jährige Patientin war mit drei anderen Geschwistern am 19. September 1892 geimpft worden. Während diese gesund blieben, zeigte erstere etwa sechs Wochen nach der Impfung auf der Kopfhaut und am Nacken einen Ausschlag, der hauptsächlich aus erbsen- bis bohnengrofsen Bläschen bestand. Der Inhalt derselben war anfangs klar, später milchweifs, schliefslich eitrig. Etwa nach Verlauf von zehn Tagen trocknete ein Bläschen zu einer Kruste ein, die sich an beiden Enden aufrollte und nur im Zentrum an der darunterliegenden Oberfläche festhaftete. Nach und nach wurden alle Körperteile vom Bläschenausschlag befallen; die Bläschen wechselten sehr in der Gröfse, so dafs einige die Gröfse einer Wallnufs, eines Hühnereies erreichten. Das Allgemeinbefinden war nicht sehr gestört. Der Ausschlag verursachte geringes Jucken. Nach Verlauf von fünf Wochen war die Patientin wieder vollständig frei von ihrer Affektion. Im Laufe der nächsten vier Jahre traten wiederholt mehr oder weniger intensive Attacken auf, die charakterisiert waren durch Blasen, Bläschen, erytematöse und pigmentierte Flecken sowohl auf der Körperhaut, wie auch auf der Mundschleimhaut. Begleitende subjektive Erscheinungen waren später brennende Schmerzen namentlich im Beginn, Stechen, Jucken, Gefühl von Spannung. — Die Diagnose Dermatitis herpetiformis stützte sich auf den allgemeinen Verlauf der Krankheit, die konstante Neigung der Efflorescenzen sich zu gruppieren, auf den polymorphen Charakter und die entzündlichen Merkmale des Ausschlages, ferner auf die bemerkenswerten subjektiven Symptome und das relativ gute Allgemeinbefinden der Patientin während des Verlaufes der einzelnen Attacken. — Von Interesse ist in dem Falle die Vaccination als ätiologischer Faktor.— Der Verfasser bespricht sehr eingehend die Differentialdiagnose.

III. **Ein neues operatives Verfahren für die Heilung der Rekto-Urethralfistel,** von E. Fuller-New-York. Rekto-Urethralfisteln, welche die Pars membranacea urethrae mit dem Rektum verbinden, zu heilen, ist von jeher als eine schwierige Arbeit angesehen worden. — Das operative Verfahren, welches zuerst Gersuny angewendet hat, um die Incontinentia urinae beim Weibe zu heilen, hat Verfasser mit geringen Modifikationen für die Heilung der Recto-Urethralfistel zur Anwendung gebracht. Dieses Verfahren wird im folgenden ausführlich beschrieben. Da es zumeist chirurgisches Interesse hat, so verweisen wir im übrigen auf den Originalartikel.

IV. **Ein Fall von Phimosis traumatischen Ursprunges,** von Ch. C. Page-New-York. Ein 41jähriger Norweger erzählt, dafs er als Kind in einem sehr kalten Winter allein zurückgelassen wurde, und dafs nach dem Urinieren sein Glied und die Hoden am Fufsboden festgefroren waren. Beim Aufstehen rifs die Vorhaut ein. Nach kurzer Zeit heilte die Wunde, aber durch narbige Zusammenziehung entwickelte sich eine nahezu komplette Phimosis, die Jahre hindurch unbeachtet blieb, bis der Patient erhebliche Beschwerden beim Urinieren wahrnahm. Unter Kokain wurden mittelst einer Sonde die Adhäsionen der Vorhaut mit der Eichel gelöst, die Öffnung erweitert, nachdem eine Dorsalincision gemacht worden war. Die Wunde heilte in normaler Weise. Der Patient, der früher sehr nervös war, fühlt sich seit der Operation viel besser und hat auch an Körpergewicht zugenommen.

Mai 1897.

I. **Ein Fall von multipler, umschriebener Sklerodermie bei einem Patienten mit progressiver Muskelatrophie,** von G. T. Elliot-New York. Die 43jährige, kräftig gebaute, scheinbar gesunde Frau klagte über Mattigkeit, starkes

Schwitzen, Kältegefühl, über zeitweilig intensive stechende Schmerzen entlang der Brustwirbelsäule. Die Handmuskeln, insbesondere Daumenballen waren stark atrophiert, so dafs einzelne Finger gar nicht, andere nur nach der Streckseite hin bewegt werden konnten. — Neben der ausgesprochenen Muskelatrophie zeigte die Patientin hauptsächlich an dem oberen Teile des Körpers zahlreiche, erbsen- bis silberdollargrofse, ovale oder cirkuläre, deutlich atrophische, stark verdünnte, pergamentartige, weifse Flecken, die von keinem roten oder bläulichen Rande umgeben und auf Druck sehr empfindlich waren. Die Haut über diesen Stellen haftete nicht fest auf der darunter befindlichen Fascie oder dem Muskel, sondern war überall frei beweglich. Hier und da bemerkte man Läsionen, die wahrscheinlich jüngeren Datums, noch keine Spur von Atrophie zeigten, dagegen aufserordentlich schmerzhaft waren. — Eine Reihe von Flecken zeigte eine zosterartige Anordnung in den Interkostalräumen beider Thoraxseiten. — Verfasser hat für den vorliegenden Krankheitsprozefs die Bezeichnung „umschriebenes Skleroderma" und nicht „Morphoea" gewählt, die er mit anderen Autoren nicht als besondere Krankheit anerkennt.

II. **Pemphigus foliaceus oder Dermatitis herpetiformis** (DUHRING)? von A. P. BIDDLE-Detroit. Zur Zeit der ersten Besichtigung des 21jährigen Patienten durch den Verfasser zeigte jener auf der Mundschleimhaut, an den unteren Extremitäten und spärlich am Stamme Blasen von $^1/_8$—$^1/_2$ Zoll Durchmesser. Die Blasen safsen meist auf schwach gerötetem Grunde, waren gespannt und enthielten einen klaren Inhalt. Das Jucken war bereits sehr stark. Patient fieberte, delirierte, fühlte sich schwer krank. Im weiteren Verlaufe wurden die Blasen schlapp, ihr Inhalt opak, sie barsten leicht; die Blasendecke löste sich ab, ein entblöfstes, feuchtes Korium hinterlassend. Das Sekret des letzteren trocknete bald zu einer dünnen Kruste ein. Nach und nach wurde der ganze Körper, besonders stark Finger und Zehen, befallen. Sprechen und Essen sind wegen der grossen Blasen im Munde erschwert, zeitweilig leidet der Patient an Dyspnoe. Der Verlauf der Krankheit ist ein sehr chronischer, alte abgeheilte Stellen machen neuen Eruptionen Platz; man sieht Effloreszenzen der verschiedensten Formen und in den verschiedensten Stadien, wodurch das ganze Krankheitsbild ein aufserordentlich polymorphes ist. Neben Pusteln, Blasen, Papeln, sieht man exkoriierte, dunkelbraun pigmentierte oder anämische Hautstellen. In der letzten Zeit hat sich der Zustand gebessert.

III. **Die Pathologie des Lupus erythematosus**, von O. H. HOLDER-New-York. Der Verfasser skizziert kurz den Stand der Lupus erythematosus-Frage. Die Ansichten bezüglich der Pathogenese der Affektion differieren noch aufserordentlich. Darin stimmen alle Beobachter überein, dafs mikroskopisch die Krankheit in ihren Anfängen sich als eine Infiltration von Rundzellen in den mittleren oder unteren Koriumschichten darstellt, und dafs die Veränderungen in der Talgdrüsen, die man früher in ätiologischer Beziehung für äufserst wichtig gehalten hat, nur eine sekundäre Atrophie sind. Die Rundzellen liegen meist entlang der Gefäfse und zeigen keine Tendenz sich zu gruppieren, wie dies beim Lupus vulgaris der Fall ist. Sie bieten die Anzeichen fettiger und körniger Degeneration in mehr oder weniger starkem Grade dar. Aber eigentümlich ist dieser Degeneration, dafs sie niemals die Zellen en masse, sondern scheinbar aufs Geratewohl hier und da einige angreifen. Als wichtigen Befund, den bisher andere Autoren wenig gewürdigt haben, betrat Verfasser die Thrombenbildung in den feinen Gefäfsen. Man sieht bei einzelnen derselben das Lumen vollständig mit körnigem Detritus ausgefüllt. Ob diese Thrombenbildung konstant ist beim Lupus erythematosus, vermag Verfasser nicht zu sagen. Sicher ist, dafs sie auf die Cirkulation verändernd und störend einwirken mufs.

IV. **Ein perinealer Wegweiser,** von R. Guiteras-New York. Das Instrument besteht aus einer mit einem Griff versehenen Kanüle und einem Troikar und hat den Zweck, bei undurchgängigen Strikturen vom Perineum aus sicher in die Pars prostatica urethrae zu gelangen und eine Entleerung der mit Urin gefüllten Blase herbeizuführen.

V. **Interessante Beobachtungen bei einer syphilitischen Familie,** von L. L. Solomon-Louisville. Eine Mulattin brachte ihr 5 Monate altes Kind mit einem wunderbar, wie von der Hand eines Malers gezeichneten, circinären, papulös-squamösen Ausschlag im Gesicht zur Behandlung ins Hospital. Beim ersten Anblick glaubte man einen Fall von Herpes tonsurans vor sich zu haben. Die Krankengeschichte, welche die Mutter jedoch gab, und die eingehendere Untersuchung des Kindes liefsen keinen Zweifel aufkommen, dafs man es mit hereditärer Syphilis zu thun hatte. Von 11 Kindern, die die Mutter geboren hatte, sind sieben gleich in den ersten Lebensmonaten gestorben. Alle hatten Ausschläge, die dem des vorliegenden Falles glichen; aufserdem litten sie, wie dieser, an Ozaena und Heiserkeit. Von den vier überlebenden Kindern ist das älteste und das dritte von der Krankheit vollständig frei geblieben, während das zweite und das jüngste deutliche Erscheinungen hereditärer Syphilis aufwiesen resp. noch zeigen. Die Mutter hat nach ihren Angaben nicht das geringste Zeichen von Syphilis gezeigt und ist auch jetzt vollständig frei von solchen. Nur der Vater war nach der Beschreibung seiner Frau mit Syphilis behaftet und die ursprüngliche Quelle für die zahlreichen Übertragungen in utero. Der Verfasser knüpft an seinen Bericht eine Reihe von Fragen, auf welche das Collessche Gesetz keine Antwort giebt.

VI. **Nichtvenerische Syphilis,** von H. A. Robbins-Washington. Ein 20jähriges Mädchen stellte sich in der Poliklinik vor mit einer runden, tumorartigen, sich hart anfühlenden Infiltration an der Oberlippe, etwas rechts von deren Medianlinie. Die Sublingual-Cervikal-Axillardrüsen waren vergröfsert; am Abdomen war ein makulöser Ausschlag sichtbar. Die Genitalien zeigten keinerlei Andeutung von einem Primäraffekt. Die Patientin klagte über intensive nächtliche Kopfschmerzen. Nach der Anamnese zu urteilen, scheint die Patientin von einem Onkel, der an der Lippe eine Wunde gehabt, und aus dessen Glase sie getrunken hatte, die Krankheit acquiriert zu haben. — Der Verfasser beschreibt noch mehrere Fälle von syphilitischer, extragenitaler Infektion durch den Gebrauch infizierter Schwämme, Handtücher, Trinkgefäfse etc. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen, herausgegeben von P. von Baumgarten und F. Tangl. X. Jahrgang 1894. (Braunschweig, 1896. Harald Bruhn.) Der bekannte Baumgartensche Jahresbericht über 1894 liegt hier vor. Er kommt etwas spät, ist aber deshalb nicht minder willkommen. Es ist ein mächtiger Band von 846 Seiten, der wiederum Zeugnis ablegt für die eminente Produktions-

fähigkeit auf bakteriologischem Gebiete und für die bewundernswerte Sorgsamkeit, mit der die Herausgeber die Litteratur sammeln, um allen Wifsbegierigen in dem Werke eine unerschöpfliche Fundgrube zu bieten. In der Redaktion ist dadurch eine Änderung eingetreten, dafs Prof. TANGL aus Budapest an Stelle des um das Werk sehr verdienten, leider erkrankten Dr. ROLOFF getreten ist. Sicher wird das dem Werte des Werkes keinen Abbruch thun. Wer etwas aus der Bakteriologie wissen will, wird nach wie vor zum „Baumgarten" seine Zuflucht nehmen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilis (hereditaria, acquisita, tarda) im Kindesalter, von OTTO HEUBNER. (GERHARDS Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1896.) Als sehr späte Ergänzung zu GERHARDS Handbuch der Kinderkrankheiten liegt hier eine Bearbeitung der Syphilis des Kindes aus der Feder HEUBNERS vor, die natürlich grofse Erwartungen erweckt. Verfasser trennt scharf die hereditäre Kindersyphilis von der erworbenen, da die klinischen Bilder von einander sehr abweichen. Zunächst erörtert Verfasser eingehend die Ätiologie der hereditären Syphilis und acceptiert im ganzen die herrschenden Anschauungen. Er nimmt unter anderem an, dafs die Mutter durch den luetischen Fötus immunisiert wird, dafs eine während der Gravidität infizierte Mutter ihre Syphilis nur sehr sehr selten überträgt, und zwar nur bei Placentarerkrankungen. Ob die Lues hereditaria tarda wirklich einen „unmittelbaren Tertiarismus" aufweist ohne Sekundärsymptome, scheint dem Verfasser noch fraglich.

Die Besprechung der pathologischen Anatomie bringt eine Schilderung der Befunde an der Milz, an den Knochen, der Leber, Lunge etc. in einer sehr ausführlichen und lehrreichen Darstellung. Bei dem klinischen Bilde werden die bullösen Eruptionen der mit syphilitischen Hautaffektionen geborenen, meistens sehr kurzlebigen Kinder zunächst geschildert, die vornehmlich an Händen und Füfsen sitzen, wo sie erst am 3.—4. Tage entstehen und aus dunkelroten, linsengrofsen, zentral noch dunkleren und infiltrierten hervorschiefsen. Sie bieten eine sehr schlechte Prognose. Die weiteren Symptome werden in chronologischer Folge wiedergegeben. An die regulären Erscheinungen der hereditären Syphilis, die Coryza, die Haut- und Schleimhautsyphilide, die Lymphdrüsenaffektionen, die Anämie, die Milz- und Leberschwellung schliefsen sich weitere Verwickelungen. Zu diesen zählen fortbestehende viscerale Fötalsyphilis an der Leber, den Knochen, vielleicht auch die Darmsyphilis, dann die parasyphilitischen Erscheinungen, die eine grofse Zahl von eigentlichen luetischen Erscheinungen befreite Kinder hinraffen. Abgesehen von seltenen unerklärten plötzlichen Todesfällen (Thymusaffektionen? d. Ref.) äufsern sich diese parasyphilitischen Symptome häufig in allgemeinem Marasmus, Anämie und Zurückbleiben der körperlichen Entwickelung. Mancherlei Komplikationen können diese Kinder dahinraffen: Verdauungsstörungen, Bronchitiden, Pneumonien, Konvulsionen. Den parasyphilitischen Erscheinungen reiht Verfasser den chronischen Hydrocephalus an. Eine gesonderte Stellung wird den hämorrhagischen Heredosyphiliden eingeräumt, die Verfasser aber mit einem Fragezeichen versieht, da ihre Existenz noch immer eine zweifelhafte ist.

Unter der Bezeichnung „Mischinfektion" fafst der Verfasser eine Reihe von den luetischen Kindern oft gefährlich werdenden Leiden zusammen: Sepsis, Furunkulose, eiterige Meningitis, eiterige Arthritis und Periarthritis, die alle auf Sekundärinfektion beruhen.

Im weiteren Verlaufe des Säuglingsalters bis zum vierten Lebensjahre treten oft Rückfälle ein in Gestalt von Haut- oder Schleimhautsyphiliden, die einen ulcerösen, häufiger einen kondylomatösen Charakter tragen. Neben ihnen bilden sich schon jetzt oft gummöse Organveränderungen, geschwulstartiger oder infiltrierter Natur. Verfasser trennt diese viscerale Syphilis von der fötalen. Oft werden die Knochen

betroffen, aber nicht mehr die Epiphysen, dann Hoden, Schleimhäute, Oberhaut, Nervensystem; letzteres infolge einer Endarteriitis luetica.

Unter Syphilis tarda versteht Verfasser gleich Fournier jede hereditäre Syphilis im zweiten Kindesalter, im Jünglings- oder Mannesalter, gleichviel ob die Personen früher Syphiliserscheinungen gezeigt haben oder nicht. Die Existenz einer tardiven hereditären Syphilis ist besonders durch die Beobachtungen von Hochsinger und Kassowitz erwiesen. Man rechnet sie vom Abschluſs der sekundären Phase, etwa dem fünften Lebensjahre ab. Die Hauptsymptome der tardiven Syphilis sind Veränderungen der Knochen, der Haut, der Nasen-Rachenschleimhaut, der Genitalien, der Lymphdrüsen, die sogenannte Hutchinsonsche Trias, die Leber-, Milz- und Nierenerkrankungen. Ob die tardive hereditäre Syphilis weiter vererbt werden kann, läſst Verfasser dahingestellt. Daſs sie über das dritte Jahrzehnt hinausreicht, ist nicht anzunehmen. Unberücksichtigt ist in diesem Kapitel noch die Silexsche Trias geblieben.

Auf die Angaben über Diagnose, Prognose, Prophylaxis und Therapie soll hier nicht weiter eingegangen werden. Sie enthalten alles Wissenswerte.

Den Schluſs des Werkes bildet eine Darstellung der erworbenen Kindersyphilis.

Das durchaus gediegene, durch ausführliche Litteraturangaben sich auszeichnende Werk giebt eine erschöpfende Bearbeitung der Kindersyphilis und kann nur jedem warm zum Studium empfohlen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten. IV. Band. (Jahrgang 1893/94. Hamburg, 1896. Leopold Voss.) Aus dem vorliegenden vierten Bande referieren wir folgendes als für uns von Interesse:

Der Zirkelschnitt bei der Behandlung der Unterschenkelvaricen und der varikösen Unterschenkelgeschwüre, von H. Petersen. In ca. 40 Fällen wurde zur Behandlung der Varicen eine neue Behandlungsmethode ausgeübt: der Zirkelschnitt um den Unterschenkel mit Durchtrennung des subkutanen Gewebes bis auf die Fascie und doppelter Unterbindung sämtlicher Venen, Naht der gesetzten Wunde. Die Operation fand in Narkose, meist unter Esmarchscher Blutleere statt. Zur Anlegung des Schnittes wurde meist die Gegend oberhalb des gröſsten Umfanges der Wade gewählt. Zur Erreichung der Vena saphena minor muſste, falls der Schnitt oberhalb ihres Durchtretens durch die Fascie fiel, diese gespalten werden. Bei sehr ausgedehnten Varicen wurde noch ein zweiter Schnitt etwas oberhalb der Malleolen gemacht, um so die Schädigung der Dauerresultate durch Kommunikationen zwischen tiefem und oberflächlichem Venennetz abzuschwächen. Die Patienten standen nach ca. 14 Tagen auf. Komplikationen durch Dehiscenzen der Naht, Nekrosen, Thrombophlebitiden waren nicht selten. Von 18 Fällen, über die Bericht bis zu 1½ Jahren p. o. vorliegt, sind 12 geheilt. Vorher vorhandene Ödeme blieben meist. Die Geschwürsnarben fanden sich in gutem Zustande.

Über den Bacillus der Schaumorgane, von C. Goebel. Verfasser konnte in drei von ihm untersuchten Fällen, in denen sich bei der Sektion Gasbildung fand, nachweisen, daſs der von Welch und Nuttall beschriebene Bacillus capsulatus aërogenes identisch ist mit dem Fraenkelschen Bacillus phlegmonis emphysematosae. Über die eventuelle Mitbeteiligung des Bacterium coli commune sind die Akten noch nicht abgeschlossen.

Über einen Fall von Werlhofscher Krankheit mit intraperitonealer Blutung, von H. Luce. Der kräftige Patient erkrankte mit Angina, Purpura, Kolikschmerzen, die sich besserten und wieder verschlimmerten, bis plötzlich ein groſser freier Erguſs in die Bauchhöhle auftrat unter starkem Temperaturabfall bis auf 34,8. Dabei sah Patient nicht kollabiert aus. Allmähliche Besserung. Für die infektiöse

Natur der Erkrankung sprach aufser der initialen Angina der begleitende Milztumor und eine spät einsetzende, harmlos verlaufende Nephritis.

Über extragenitale Primäraffekte, von R. Hahn. Verfasser hat das grofse statistische Material des Hamburger Krankenhauses von 1878—1894 einer Zusammenstellung unterzogen. Besondere neue Schlufsfolgerungen zieht er nicht.

F. Hahn-Bremen.

Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg 1896. Herausgegeben von Dr. P. G. Unna. (E. Grosser, Berlin. 1897.) Das vorliegende, 100 Seiten enthaltende Heft enthält eine Zusammenstellung der in der *Deutschen Medizinalztg.* von Unna im Jahre 1896 publizierten Arbeiten und legt ebenso Zeugnis ab für den erstaunlichen Fleifs, mit dem in der Unnaschen Klinik gearbeitet wird, wie für die grofse Gründlichkeit des Verfassers. Wahrlich, wenn in allen der Pflege der Dermatologie gewidmeten wissenschaftlichen Instituten auch nur annähernd so emsig gearbeitet würde, wir marschierten mit Dampf vorwärts. Deshalb, mag der eine gegen diese, der andere gegen jene wissenschaftliche Ausführung etwas einzuwenden haben, dem Fleifse wird jeder seine Anerkennung zollen müssen. Das Heft umfafst folgende zehn Arbeiten, die einzeln in diesen Blättern schon referiert sind: 1. Einwanderungswege der Staphylokokken in die menschliche Haut. 2. Pustulosis staphylogenes, ein durch Staphylokokkenmetastase erzeugtes akutes Exanthem. 3. Über die Lochkerne des Fettgewebes. 4. Über Gelanthum. 5. Über das Haar als Rassenmerkmal und über das Negerhaar insbesondere. 6. Neue Thatsachen über reduzierende Heilmittel. 7. Elacin. 8. Die verschiedenen Knotenformen der Lepra. 9. Die ballonierende Degeneration der Hautepithelien. 10. Der Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

MAY 10 1898

Gesamtwerke von Dr. Ed. Sperk: **Syphilis, Prostitution,** mit einer Vorrede von Lancéreaux. Aus dem Russischen (ins Französische) übersetzt von Oelsnitz und Kervilly. (Paris 1896. Octave Doin.) Die Gesamtwerke des bekannten Petersburger Syphilidologen sind in zwei starken Bänden nach seinem Tode von seiner Familie herausgegeben worden. Von besonderem Interesse sind die in den sechziger Jahren geschriebenen Abhandlungen über die im östlichen Sibirien endemischen Syphilisformen, als Lepra nach der Volksbezeichnung angesehen, aber vom Autor als Syphilis erkannt, nur modifiziert durch die besonderen Verhältnisse in jenen nicht zivilisierten Ländern. Nicht minder wichtig sind die Abhandlungen über Therapie und Prophylaxe der Syphilis, vor allem über die Prostitution und ihre Überwachung. Sein Vorschlag, neben gewöhnlichen Bordellen solche mit früher syphilitischen Mädchen speziell für syphilitische Männer einzurichten, erscheint beachtenswert.

F. Hahn-Bremen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

Syphilis.

Über den syphilitischen Primäraffekt in der Vagina, von J. H. Rille in Wien. (68. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Frankfurt a/M., 24. September 1896.) Die erfahrensten Syphilidologen erwähnen die aufserordentliche

Seltenheit des syphilitischen Primäraffektes in der Vagina. In einer Statistik von Fournier befindet sich unter 249 Sklerosen bei Frauen blofs ein Fall an der Vagina, Martineau hah unter 128 Sklerosen im Laufe von vier Jahren blofs zwei Fälle; vereinzelte kasuistische Mitteilungen liegen noch vor von Bockhart, Rosenthal und Glück, gleichwie in den Lehrbüchern von Taylor, Neumann, Kaposi und Wolff. Während der letzten 2½ Jahre beobachtete Rille an Prof. Neumanns Klinik 11 wohlkonstatierte Fälle von syphilitischen Primäraffekten der Scheide. Blofs in zwei Fällen war ein einziger Primäraffekt an der Vaginalschleimhaut allein vorhanden, in den übrigen neun Fällen waren die vaginalen Primäraffekte mit solchen an diversen Stellen des äufseren Genitale und der Portio kombiniert; mehr als drei Sklerosen an der Vagina, was nur bei zwei Kranken (darunter einer graviden) der Fall war, wurden bisher überhaupt nicht beobachtet. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle safs der Primäraffekt an der hinteren Vaginalkolumne und zwar 12 mal (darunter 6 mal im vorderen, 5 mal im mittleren und 1 mal im hinteren Drittel derselben), 1 mal an der vorderen Kolumne im vorderen Drittel und 1 mal an der linken Seitenwand.

Von Wichtigkeit und Interesse ist das Verhalten der Inguinaldrüsen. Sie sind bei isoliertem Vorkommen der Sklerose in der Vagina nur dann geschwollen, wenn das Geschwür im unteren Drittel derselben lokalisiert ist, während in den oberen Abschnitten befindliche gerade so wie die an der Cervikalportion ohne äufserlich nachweisbare Drüsenschwellung vielmehr mit solcher der abdominalen Lymphdrüsen einhergehen; doch ist Rille eine Palpation der letzteren bisher weder per rectum noch per vaginam mit Sicherheit gelungen.

Die Initialaffekte an der Vagina sind meist klein, hanfkorn- bis linsengrofs, seltener bis kreuzergrofs und nur ein einziges Mal war das Geschwür guldenstückgrofs. Wohl immer haben sie den Charakter der lamellären, pergamentartigen Sklerose: ein flacher, kreisrunder oder länglich ovaler, rotbraun glänzender oder mattbrauner Substanzverlust, häufig mit einem dünnen, pseudomembranösen, weifslichgelben, nicht abstreifbaren Belag versehen oder ohne einen solchen und nur etwas seröse Flüssigkeit absondernd; der Rand ist nicht unterminiert, im Niveau der Geschwürsbasis und nur bei gröfseren Geschwüren leicht erhaben. Manchmal sind sie, wenn in eine Vertiefung einer stärker faltigen Vaginalschleimhaut eingebettet, mehr unregelmäfsig zackig konturiert und dann auch von besonderer Kleinheit. Einmal wurde auch ein Chancre mixte an der Scheide beobachtet; venerische Geschwüre kommen an der Vagina ja auch nicht besonders häufig vor. Die Differentialdiagnose gegenüber weichem Schanker, aphthösen Efflorescenzen oder herpetischen Erosionen ist demnach leicht, namentlich gegenüber den beiden ersteren. Recente Syphiliserscheinungen sind im ganzen selten an der Vagina nachzuweisen; die syphilitische Roseola scheint hier überhaupt nicht vorzukommen und nässende Papeln sind gewifs auch nur ganz ausnahmsweise zu konstatieren.

Sehr wahrscheinlich ist für so manchen Fall von sogenannter Syphilis d'emblée bei Weibern die in Rede stehende Lokalisation des Primäraffektes anzunehmen, also für jene nicht seltenen Fälle von recenter Syphilis, wo man ein erst zur Eruption gelangtes, den Spaltrichtungen der Haut gemäfs angeordnetes Exanthem ohne nachweisbaren Initialaffekt, aber auch ohne Skleradenitis inguinalis findet; hier ist dann eben bei der wie bekannt kurzen und ephemeren Dauer der Pergamentsklerose die letztere bereits gänzlich ohne deutliche Narbenresiduen geschwunden. Jedenfalls ist der Primäraffekt in der Scheide keineswegs so selten, wie man bisher angenommen hat.

(Autorreferat.)

Ein Fall von trophischer Kiefererkrankung infolge von Tabes, demonstriert von J. H. Rille in der Wiener Dermatolog. Gesellschaft am 28. Oktober 1896. —

Der vorgestellte 28jährige Kranke acquirierte 1890 Syphilis, wurde damals und drei Jahre später mit zusammen 50 Einreibungen behandelt. Die ersten tabischen Symptome, Abnahme des Sehvermögens u. s. w. traten 1894 auf, damals bemerkte auch Patient, dafs er an der rechten Oberkieferhälfte mit dem Zahnstocher einige Centimeter weit in eine Höhle gelange, wobei geringe Blutung erfolgte; vorher war auch an der betreffenden Stelle ein Backenzahn vollständig schmerzlos ausgefallen, und soll letzterer nicht kariös, von ganz normaler Beschaffenheit gewesen sein. Dasselbe ereignete sich später linkerseits, wobei auch kleine nekrotische Knochenstücke abgingen. Jetzt besteht beiderseits am Oberkiefer in der Gegend der letzten Backenzähne je eine länglichovale, markstückgrofse Perforationsöffnung, welche in die Highmorshöhle führt und trotz ihrer Gröfse bei der gewöhnlichen Inspektion der Mundhöhle namentlich rechterseits leicht übersehen werden kann, weil sie mehr der Wangenschleimhaut zugekehrt ist. Da die Sprache hierdurch gestört ist und nasalen Beiklang hat, ist Patient gezwungen, die Öffnungen mit Watte zu verstopfen. Ein gesund aussehender Backenzahn rechts am Rande der Perforationsöffnung ist wacklig. An der rechten Gesichtshälfte besteht vollständige Anästhesie im Bereiche des I. und II. Quintusastes.

Dafs eine trophische Störung und nicht etwa Nekrose infolge gummöser Osteoperiostitis vorliegt, ergiebt sich aus der Symmetrie, aus dem vorher erfolgten Ausfalle äufserlich ganz gesunder Zähne, dem raschen Verlaufe und der Schmerzlosigkeit, gleichwie aus der vollständigen Anästhesie der Schleimhaut des Zahnfleisches im Bereiche der betroffenen Stellen, endlich vielleicht auch aus der Lokalisation.

Die Kieferaffektion bei Tabes ist zuerst 1868 von L' Abbé und seither wiederholt namentlich von französischen Autoren beschrieben worden. Bisher liegen Mitteilungen über 22 Fälle vor (Rosin). Diese Störung kann in jedem Stadium der Erkrankung auftreten und ebenso wie Mal perforant du pied das erste Symptom der Tabes bilden. Über das Zustandekommen des Zahnausfalles gehen die Meinungen auseinander. Demange nimmt einfache trophische Störung an, bedingt durch eine Veränderung des Trigeminus, David findet auch die Zahlpulpa, also ein sensibles Organ, verändert. Galippe läfst zum Zahnausfall und der Zerstörung der Alveolenleiste noch Mikrobien hinzutreten, welche dann erst ausgedehntere Nekrosierung veranlassen sollen. (Autorreferat.)

Über syphilitische disseminierte Cerebrospinalsklerose, von Bechterew. (*Rundschau f. Psychiatrie, Neurol. u. exper. Path.* 1896. No. 4.) Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles. Er unterscheidet sich von der vulgären multiplen Sklerose durch folgende Kennzeichen:

1. Fehlen von Nystagmus und Intentionszittern.
2. Rasche Entwickelung der Paraparese und Paraplegie in der Anfangsperiode der Krankheit.
3. Frühes Auftreten von starker Erschwerung der Harnentleerung.
4. Frühes Auftreten von Parästhesien und neuralgischen Empfindungen verschiedener Art in den Extremitäten und im Rumpfe.
5. Lokale Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule auf Beklopfen.
6. Frühes Auftreten von paretischen Erscheinungen von seiten der Augen.
7. Schubförmiger Verlauf der Krankheit mit brüsken Besserungen und Verschlimmerungen der Symptome.
8. Deutliche Beeinflussung der Krankheit durch antiluetische Behandlung.
9. Schnelligkeit der Entwickelung der Symptome und des allgemeinen Verlaufs der Krankheit.
10. Lues in der Anamnese gehört zu den wichtigsten ätiologischen Momenten.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Die heilbare und die stationäre Form der syphilitischen Rückenmarksschwindsucht und die Beziehungen beider zu den Gefäßen. Ein Beitrag zur Lehre von der Syphilis capillaris und zum chronischen Infarkt des Rückenmarks, von ALBERT ADAMKIEWICZ. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 48.) Als „Tabes luetica" bezeichnet Verfasser folgendes Krankheitsbild: Akut auftretende Ataxie, Verlust der Sehnenphänomene, Gürtelgefühl, Parästhesien bei erhaltener elektrischer Erregbarkeit und Empfindung, später Parese und Paraplegie. An diese schließt sich eine aufsteigende Lähmung. Blasen- und Mastdarmstörung, Impotenz. Die Lähmung überspringt die Medulla oblongata und greift auf das Gebiet des Gehirns über, besonders den Oculomotorius betreffend. Eine richtige Kur bringt Heilung; ohne dieselbe entsteht eine Myelitis capillaris. Das Leiden kann auch schleichend ohne Ataxie und Paraplegie beginnen und stationär werden; es besteht dann eine Degeneration der Hinterstränge, die aber von der ausgesprochen tabischen abweicht. — Verfasser giebt nun eingehend in etwas schwungvoller Weise zwei Krankengeschichten der akuten und chronischen Form. In beiden Fällen ist das Rückenmark in ganzer Ausdehnung im Gebiete der Hinterstränge affiziert und das Gehirn beteiligt. Die Affektion geht aus, so nimmt Verfasser an, von der Peripherie, beginnt als Meningitis cerebrospinalis und pflanzt sich entlang den Arterien in das Rückenmark centripetal fort, was nur bei Lues und Tuberkulose der Fall sein kann. Die Unterschiede bei der akuten und stationären Form sind nur quantitative.

Die Affektion der Gefäße besteht in einer Endarteritis und einer perivaskulären Exsudation, die an der Gehirnbasis die dort verlaufenden Nerven alteriert. Am Rückenmark sind entsprechend dem Gefäßverlaufe die Hinterstränge betroffen, da die meisten Arterien von der hinteren Fläche hineintreten. Besonders schwer sind die Veränderungen im Lendenmark, da dieses besonders starken Blutzufluß hat. — Ähnlich erklärt Verfasser durch die Cirkulationsverhältnisse die anderen Erscheinungen der geschilderten luetischen Tabesfälle. — In den akuten Fällen leiden bei Ausbleiben der spezifischen Heilpotenzen die Kapillaren zuerst, infolge dessen auch die zentrale graue Substanz, in der die Rückenmarksgefäße erst kapillär werden. Dementsprechend wählt Verfasser die Namen: Myelitis capillaris centralis für das Rückenmark, Myelitis capillaris nuclearis für das Gehirn. Die chronische Form hält sich längere Zeit an die Peripherie, hat dann den Charakter einer Pachymeningitis. Im Verlaufe bilden sich dann Bindegewebskegel mit der Basis gegen die Oberfläche, mit der Spitze gegen das Centrum des Rückenmarks, die Verfasser als „Infarkte" bezeichnet.

Verfasser hält seine Tabes luetica für eine eigenartige Krankheit, die mit der gewöhnlichen Tabes nur wenige Symptome gemein hat. (Es wäre sehr ratsam, wenn Verfasser seine Krankheitsbilder nicht als „Tabes" bezeichnen würde; sonst kann nur Konfusion entstehen. Man bezeichnet als „Tabes" nicht, wie er meint, jede Affektion der Hinterstränge, sondern nur die bekannte Degeneration, die man klinisch „Tabes dorsalis" nennt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Richtigstellung und Abwehr in der Tabes-Syphilisfrage, von STORBECK. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 28.) Verfasser wendet sich gegen die von ERB an seiner Statistik geübten Kritik, bezw. den von diesem angeschlagenen ungewöhnlichen Ton der Besprechung. Nach seinen Ausführungen habe ERB sich eine Umarbeitung des dargestellten Materials erlaubt, um durch Zuweisung von zweifelhaft syphilitischen Fällen seine Ansicht von der syphilitischen Natur der Tabes zu stützen; daher habe ERB auch die Frauen als ungeeignet zur Tabesstatistik ausgeschlossen.

F. Hahn-Bremen.

Zwei Fälle von Ulnarisneuritis bei sekundärer Syphilis, von Brugsaard. (*Norsk Magasin for Lægevidensk.* April 1896.) Verfasser teilt zwei solcher Fälle aus der Abteilung für Hautkrankheiten im Reichshospitale zu Christiania mit.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Gummata des Gehirns, von C. F. Beadles. (*Brit. med. Journ.* 11. Jan. 1896. S. 85.) Verfasser berichtet über einen 28jährigen Mann, der im Krankenhause an akutem Wahnsinn gestorben ist. Der Patient hatte eine schwere Syphilis durchgemacht. Vierzehn Tage vor seinem Tode fiel er bewufstlos zur Erde. Eine Lähmung wurde nicht beobachtet. Bei der Sektion fanden sich im Gehirn zwei Gummata, von denen das eine an der unteren Fläche des Lobulus frontalis, das andere unterhalb des Linsenkerns im Kontakt mit der mittleren Cerebralarterie lag. Unter 4000 Nekropsien, die an wahnsinnigen Patienten gemacht worden sind, hat Verfasser nur fünfmal Gummata des Gehirns gefunden. *C. Berliner-Aachen.*

Über Augenaffektionen bei Gehirnsyphilis, von Zimmermann. (*Arch. of ophthalmology.* Jan. 1895.) Verfasser teilt fünf Krankengeschichten mit, welche folgende Fälle betreffen: 1. Hemiplegie und Hemianopsie mit gummöser Basilarmeningitis. 2. Rechtsseitige Hemiplegie und Hemianästhesie infolge von atrophisierender syphilitischer Endarteriitis der linken mittleren Gehirnarterie. 3. Rechtsseitige Hemiplegie mit linksseitiger Lähmung des Oculomotorius. 4. Rechtsseitige Hemiplegie mit Ptosis, Lähmung des Rectus inf., Mydriasis und Diplopie links; Störung des Tastgefühls für Temperaturunterschiede. 5. Hemianopsie mit Augenmuskellähmung.

C. Müller-Wallisellen.

Verschiedenes.

XII. Internationaler medizinischer Kongrefs zu Moskau 19.—26. August 1897.

VIII. Sektion (Dermatologie und Syphilis).

Die zur Diskussion gestellten Themata sind:

A. Dermatologie.

1. Akanthosis nigricans. Janowsky-Prag, Rille-Wien, Barsky-Ekatherinoslaw, Couillaud-Paris, Heuss-Zürich.
2. Aktinomykosis. Rille-Wien, Heuss-Zürich.
3. Blennorrhagische Hautausschläge. Petrini-Bukarest.
4. Quecksilber-Ausschläge. Rosenthal-Berlin.
5. Pathogenie der Alopecia areata. Crocker-London, Joseph-Berlin, Manassein-St. Peterburg.
6. Hautsarkomatosis. Neisser-Breslau, de Amicis-Neapel, Pick-Prag.
7. Malariaausschläge. Colombini-Siena, Petrini-Bukarest.
8. Miliartuberkulose der Haut und benachbarten Schleimhäute. Kaposi-Wien.
9. Primäre Hauttuberkulose. Schwimmer-Budapest, Heuss-Zürich, Pick-Prag.
10. Zur Frage der Tuberculosis verrucosa cutis. Sack-Heidelberg.
11. Sklerodermiebehandlung. Janowsky-Prag, Pick-Prag.

B. Venereologie.

1. Wann soll die Quecksilberbehandlung beginnen und wie lange soll sie dauern? Soll die Behandlung nach dem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen oder schon vor demselben beginnen? Schwimmer-Budapest, Pick-Prag, Jullien-Paris, Neumann-Wien, v. Zeissl-Wien, Watraschewsky-Warschau, Petrini-Bukarest.

2. Blutveränderungen im kondylomatösen Stadium der Syphilis. Neumann-Wien, Pick-Prag.

3. Behandlung der Syphilis mit Injektionen von löslichen und unlöslichen Quecksilbersalzen. Wolff-Strafsburg, Petrini-Bukarest, Jullien-Paris, Gaucher-Paris, Sophiantini-Mailand, Garcia-Mexiko.

Ferner sind folgende Vorträge angemeldet:

A. Dermatologie.

Neumann-Wien, 1. Weitere Betrachtungen über Pemphigus vegetans. 2. Zur Kenntnis einzelner Formen von Hautatrophien.

Hallopeau-Paris, Die Toxine in der Dermatologie.

Petersen-Petersburg, Die Initialformen der Lepra.

Grünfeld-Rostow am Don, Die Lepra im Gebiete der Donschen Kosaken.

Gorodnowsky-Wladikaukase, Lepra in der Provinz Terak.

Sack-Heidelberg, Über das Ichthalbin.

Lassar-Berlin, Unna-Hamburg, Black-Glasgow: Thema vorbehalten.

Pospelow-Moskau, Gicht der Haut.

Barthélemy-Paris, 1. Genitaldiabetide beim Manne. 2. Hauterscheinungen durch X-Strahlen.

Heuss-Zürich, 1. Anwendung des Xeroforms bei Hauterkrankungen und Verbrennungen. 2. Über Alkoholdunstverbände.

Oudin-Paris, Einfluss hoher Ströme auf Haut- und Schleimhautveränderungen.

Nicolsky-Kiew, 1. Beitrag zum Studium der kongenitalen Verhornungsanomalien. 2. Über die Pathogenese der Hautatrophie.

Lindstrem-Kiew, Beitrag zum Studium der Ätiologie des Lichen ruber.

Semenow-Kiew, Über zehn Fälle von Sarkoma pigmentosum Kaposi.

Sophiantini-Mailand, Neue Beiträge zum Studium des elastischen Gewebes in den fibrösen Neubildungen der Haut.

Galewsky-Dresden, Über Atrophia maculosa cutis.

Lier-Mexiko, Mal de Pinto.

B. Venereologie.

Janowsky-Prag, Weitere Beiträge zur Endoskopie der Harnröhre des Weibes.

Jullien-Paris, 1. Neue Beiträge zur Ulceration bei Blennorrhoe. 2. Syphilis und Zoster.

v. Zeissl-Wien, Kann der blennorrhoische Eiter aus der hinteren Harnröhre in die Blase regurgitieren?

Christmas-Paris, Der Gonococcus und seine Toxine; antitoxisches Serum.

Likhatschew und Orlow-Moskau, Zur Statistik der Lokalisation der Blennorrhoe bei Prostituierten.

Rille-Wien, Zur Pathogenese des venerischen Geschwürs.

Barthélemy-Paris, 1. Einige Anomalien des syphilitischen Schankers. 2. Frühzeitige Quecksilberbehandlung der Syphilis. 3. Stigmata der Para-hereditär-Syphilis in der zweiten Generation als Anzeichen der Racendegeneration.

v. Düring-Konstantinopel, Besonderheiten der Syphilis in Anatolien.

Tarnowsky und Jakowleff-St. Petersburg, Behandlung der Syphilis mit merkurialisiertem Tierserum.

Pawloff-St. Petersburg, Leukoderma syphiliticum.

Herzenstein-St. Petersburg, Die Grundzüge der Syphilis beim russischen Volk.

Behrend-Berlin, Prostitution, öffentliche Gesundheitspflege und die abolitionistischen Bestrebungen der Sittlichkeitsvereine.

Stürmer-St. Petersburg, Die Reglementation der Prostitution in Rufsland.

Fiwejsky-Moskau, Die primäre syphilitische Affektion bei Prostituierten.

Sérébriakow-Moskau, Die venerischen Krankheiten der geheimen Prostituierten in Moskau.

XII. Internationaler medizinischer Kongrefs zu Moskau (19.—26. Aug. 1897). Die zum Kongrefs reisenden Ärzte haben auf den russischen Bahnen von der Grenze an vollständige **freie Fahrt hin und zurück.** Diejenigen Kollegen, die davon Gebrauch zu machen wünschen, müssen sich ihre Mitgliedskarte gegen Erlegung des Mitgliedsbeitrages im voraus lösen, weil sie die Karte als Legitimation auf der Bahn vorzuzeigen haben. — Dies diene zur Berichtigung unserer Notiz in Heft 9 des XXIV. Bandes. Der Vollständigkeit halber veröffentlichen wir, obwohl diese Bestimmungen den meisten unserer Leser schon bekannt sein werden, noch folgende Mitteilung vom deutschen Reichs-Komitee für den Kongrefs: 1. Um Mitglied des Kongresses zu werden, wolle man den Beitrag — 20 Mark — nebst beigefügter Visitenkarte spätestens bis zum 20. Juli an den Schatzmeister des Komitees, Herrn Sanitätsrat Dr. Bartels, Berlin W., Carlsbad 12/13, einsenden. 2. Die darauf erteilte Quittung dient als vorläufige Legitimation, speziell bei Besorgung des Passes. 3. Jeder nach Rufsland Reisende mufs einen Pafs haben, der von der Orts-Polizeibehörde ausgestellt und vom zuständigen russischen Konsul visiert ist. Für Kongrefsmitglieder werden die Pässe, ohne Unterschied der Konfession, auf unbestimmte Zeit visiert. Ehepaare können sich eines gemeinsamen Passes bedienen. 4. Betr. Reisevergünstigungen ist zunächst im Prinzip festgestellt, dafs in Rufsland freie Fahrt von der Grenze nach Moskau und zurück gewährt wird. Nähere Bestimmungen hierüber, sowie über Exkursionen im Innern von Rufsland, über Empfänge in anderen Städten sind noch nicht bekannt gegeben. 5. Über zweckmäfsige Reisepläne, Wohnungsverhältnisse und dergleichen mehr werden demnächst ausführlichere Mitteilungen ergehen. 6. Für die Damen der Mitglieder wird ein besonderes Damen-Komitee in Moskau gebildet; es wird gebeten, Namen und Vornamen der teilnehmenden Damen hierher mitzuteilen. Lösung besonderer Damenkarten ist nicht erforderlich. 7. Ein allgemeines Programm des Kongresses ist noch nicht publiziert; seitens der meisten Sektionen sind vorläufige Tagesordnungen festgestellt und durch den Unterzeichneten zu erhalten; derselbe übermittelt auch die Anmeldung von Vorträgen an die Vorsitzenden der Sektionen. I. A.: Prof. Dr. Posner, I. Schriftführer.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 2. 15. Juli 1897.

(Aus der dermosyphilopatischen Klinik in Palermo.)

Die Injektionen von künstlichem Serum als Methode, den Tod nach Verbrennungen zu verhüten.

Von

Prof. Tommasoli.

Vor einem Jahre habe ich nach London zum dritten internationalen Dermatologen-Kongreſs eine Mitteilung geschickt, in der ich kurz das Resultat von verschiedenen Experimenten zusammenfaſste, welche ich in einem Zeitraum von mehr als 3 Jahren mit Injektionen von künstlichen Serumsorten als Heilmethode gemacht hatte bei denjenigen Dermatosen, welche ich als durch chronische, infektiöse Intoxikationen oder durch Autointoxikationen bedingt ansehe. In dieser kurzen Mitteilung sagte ich, „daſs bei einigen Kranken die Resultate dieser Injektionen unzweifelhaft gute gewesen waren. Und aufser 2 Fällen von diffusem, chronischem und symmetrischem Ekzem, einem Falle von Folliculitis sparsa und einem Falle von senilem Pruritus, welche alle einzig und allein durch diese sogen. Ausspülungen des Organismus geheilt waren, hatte ich besonders einen Fall von Lichen planus citiert, welcher sehr pruriginös war und trotzdem in 36 Tagen mit 33 Injektionen heilte, welche ca. 3 l künstlichem Serum entsprechen. In diesem Falle zeigte sich die sehr bemerkenswerte Erscheinung, daſs der Pruritus, welcher gleich vom Beginn der Injektionen an sich milderte, dreimal drohte in gleicher Stärke wie früher wieder aufzutreten, sobald nur die Injektion auch nur für einen einzigen Tag ausgesetzt wurde.“ Mit diesen Thatsachen an der Hand, wenngleich spärlich an Zahl, empfahl ich zum Schluſs meiner Mitteilung diese neue Methode dermatologischer Therapie lebhaft allen denjenigen Kollegen, für die die Lehre von den autotoxischen Dermatosen nicht eine lächerliche Utopie ist. Mir schien es nämlich schon damals sicher, daſs, wenn nur diese Methode, nach einem gründlichen und ausgedehnten Studium, ausgebildet und vervollkommnet wäre, sie untrüglich zu einem wünschenswerten Resultate führen könnte.

Nach alledem versteht es sich von selbst, dafs ich keine günstige Gelegenheit habe vorübergehen lassen, um stets neue Versuche anzustellen und so habe ich denn auch schon wieder verschiedene andere Fälle von Psoriasis, von Prurigo und von verschiedenen Arten von Pruritus der Serumtherapie unterworfen.

Aber mit diesen will ich mich augenblicklich nicht beschäftigen. Seiner Zeit werden über alle alten und neuen Kranken, welche dieser Behandlung unterworfen werden, meine Assistenten ausführlich berichten, welche von mir mit diesen therapeutischen Untersuchungen beauftragt waren. Es soll dann auch mit derjenigen Genauigkeit und Gründlichkeit, welche uns möglich sein werden, erörtert werden der Grund der Erfolge und der Mifserfolge der neuen Methode und wo und wie dieselbe je nach den einzelnen Fällen modifiziert werden mufs und welche Tragweite diese Methode in einer nicht zu fernen Zukunft wird haben können.

Heute beschränke ich mich nur darauf, die sehr beachtenswerten Resultate zur öffentlichen Kenntnis zu bringen, welche ich in 2 Fällen von ausgedehnten Verbrennungen mit Injektionen von künstlichem Serum erhalten habe, und mit den Resultaten, welche eine kleine Reihe von Tierversuchen, die in meinem Institut diesbezüglich angestellt wurden, ergeben hat. Später wird Dr. Azzarello, welcher sich mit diesen letzteren therapeutischen Experimenten und aufserdem mit anderen über die Pathogenese des Todes nach Verbrennungen beschäftigt hat, alle seine Studien und seine Beobachtungen ausführlich veröffentlichen.

In meine Klinik wurden in diesem Schuljahr nur 2 Fälle von schweren Verbrennungen aufgenommen. Im ersten Falle handelte es sich um eine 60jährige Frau, welche auf die „Abteilung der Unheilbaren" mit Verbrennungen 1., 2. und 3. Grades, welche durch kochendes Wasser verursacht waren, gebracht wurde (2. Dez. 1896). Fast $^3/_5$ der Vorderfläche des Körpers, von dem Gesichte bis zu den Gliedern, war schwer geschädigt. Als ich von dieser Kranken am 4. Dezember hörte, beanspruchte ich dieselbe für meine Klinik und da ich sah, dafs der Fall verzweifelt war und der Tod schon nahe bevorstand, denn Diarrhoe und Delirium hatten schon angefangen, so entschied ich mich dafür, subcutane Injektionen mit dem gewöhnlichen künstlichen Serum zu machen, das aus Kochsalz und doppeltkohlensaurem Natron besteht. Am 10. Dezember wurde die erste Injektion mit 300 g Serum gemacht. Den Tag darauf wurde in 2 Malen 1 l Serum injiziert. Am 12. 1 l auf einmal, während die Kranke, wie ich in Wien gesehen habe, den ganzen Tag über im permanenten Bade gehalten wurde. Am 13. wurde 1 l Serum in 2 Malen injiziert. Am 14. verschied die Kranke gegen Abend, nachdem man noch den vergeblichen Versuch gemacht hatte, das Serum durch die Venen einzuführen.

Wie man sieht, war der Ausgang der ersten Probe nicht glücklich,

aber trotzdem ging der Fall nicht gänzlich verloren. Lernte ich doch daraus, dafs auch die schweren Verbrennungen die Injektionen sehr gut vertragen, und konnte ich beobachten, dafs nach jeder Injektion die schwersten Erscheinungen merklich zurückgingen und dafs die Kranke einige Stunden ruhig verbrachte. Ich gewann dadurch die Überzeugung, dafs, wenn diese Behandlung, verbunden mit Antisepsis und lokalen Beruhigungsmitteln, in diesem sehr schweren Falle früher begonnen worden wäre, ich sehr wahrscheinlich mehr hätte erhalten können als die konstanten vorübergehenden Besserungen. Und das war schon viel für mich. Als daher am 12. März ein zweiter Fall von ausgebreiteten Verbrennungen auf meine Klinik gebracht wurde, begann ich sogleich ganz ruhig und in vollem Vertrauen die neue Behandlungsmethode und der Erfolg entsprach in glänzender Weise meinen Erwartungen.

In diesem zweiten Falle handelte es sich um einen jungen Mann von 20 Jahren, welcher, in der Nähe eines Kohlenbeckens eingeschlafen, sich die Kleider in Brand steckte und schwere Verbrennungen 1., 2. und 3. Grades davontrug und zwar fast an der ganzen rechten Brustseite, in der rechten Achselhöhle, an der vorderen, inneren und hinteren Seite des rechten Armes, am oberen Drittel des Vorderarmes und an der Handfläche derselben Seite, fast an der ganzen Rückenfläche von der Schulter bis zum Gesäfs und fast an der ganzen rechten Gesäfshälfte.

Am Tage des Eintritts des Kranken in die Klinik wurde nur ein Verband mit Linimentum oleo-calcarium angelegt. Den Tag darauf, am 13. März, wurde eine Injektion von 250 g des gewöhnlichen Serums gemacht; am 14. von 300 g; am 15. von 400 g und aufserdem nahm der Patient ein Bad. Am 16. wurde die Lokalbehandlung mit Jodoform angefangen, mufste aber wenige Tage darauf aufgegeben werden wegen Intoxikationserscheinungen. Am 17. wurde von neuem eine Injektion von 400 g gemacht; am 18. von 500 g und so weiter bis zum 6. April. In dieser ganzen Zeit hielt sich der Kranke, wenn auch von Schmerzen gequält, leidlich, dann aber besserte er sich schnell und zusehends, so dafs von den ersten Tagen des Aprils ab er sich in betreff seines Allgemeinbefindens als geheilt betrachtete, besonders da auch die sehr ausgedehnte Wundfläche ein sehr gutes Aussehen annahm. Am 3. Mai verliefs der Kranke die Klinik, sei es, weil er sich gut fühlte oder weil er den schlecht verhehlten Wunsch hegte, zu seiner Frau zurückzukehren, oder weil er die Schmerzen fürchtete, welche mit den Hauttransplantationen, welche wir auf den Wunden machen wollten, verbunden sind. — Wie man sieht, hätte man nichts günstigeres erwarten können von dem Verlaufe, und, wenn auch alleinstehend, so behält doch der Fall ein sehr grofses Interesse, um so mehr, als bald darauf dieses günstige Resultat in nicht weniger beweisender Weise durch Experimente bestätigt wurde.

An Kaninchen und Hunden wurde das Experiment von KLEBS fast in derselben Weise wiederholt. Die Hinterbeine dieser Tiere wurden in allmählich bis auf 70° erhitztem Wasser verbrannt und alle, welche dieser Behandlung ausgesetzt waren, starben nach 38 und 48 Stunden.

Bei 6 anderen Kaninchen, welche dieselbe Behaarung und dasselbe Körpergewicht wie die Kontrolltiere hatten, wurden sogleich nach der Verbrennung Injektionen von 50 g künstlichem Serum gemacht. Von diesen 6 sind 2 leben geblieben und 4 sind innerhalb der ersten 24 Stunden gestorben. Zu viel Tote, wird man sagen. Aber es ist bemerkenswert, dafs bei diesen 4 die eingespritzte Flüssigkeit bei der Nekropsie noch vollständig zwischen den Gewebsmaschen in Form von Infiltrat gefunden wurde, welches genau dem Punkte der Injektion entsprach.

Besser waren die Resultate bei Hunden. Von 10 Hunden, welche nach der Verbrennung täglich Injektionen von 150—200 g Serum erhalten hatten, sind nur 2 gestorben und zwar wenige Stunden nach der Verbrennung. Die anderen 8 sind leben geblieben und von diesen leben noch diejenigen, welche wir nicht geopfert haben, um die inneren Organe zu untersuchen oder um sie zu anderen Versuchen zu benutzen. Alle Kontrolltiere aber unter fast identischen Bedingungen, welche keine Seruminjektionen bekommen hatten, sind innerhalb der ersten beiden Tage gestorben.

Aber das ist nicht alles. Wenn man von den verbrannten Hunden, welchen keine Seruminjektionen gemacht waren, ein wenig Blut nimmt, ehe sie sterben, oder wenn man aus dem Fleisch der verbrannten Tiere einen Extrakt macht, den man gesunden Hunden in bestimmter Quantität je nach ihrem Gewicht einimpft, so sterben diese Hunde. Bei 2 Hunden jedoch, bei denen unter sonst gleichen Bedingungen sogleich nach der Injektion des totbringenden Extraktes eine Injektion des künstlichen Serums gemacht wurde, trat der Tod nicht ein.

Nach diesen Resultaten möge wer will, auch auf Basis dieser, diese oder jene von den vielen Theorien vorziehen, welche bis heute aufgestellt wurden, um den Tod durch Verbrennung zu erklären, Theorien, welche nach meiner Meinung alle etwas Wahres und Gutes enthalten, die aber alle augenscheinlich an dem Grundfehler der Einseitigkeit leiden! Ich beschränke mich heute darauf, Thatsachen zu konstatieren. Und welche Theorie oder welche Vereinigung von Theorien in Zukunft auch triumphieren wird, ich glaube, dafs der Wert dieser meiner Versuche, besonders vom Standpunkt des praktischen Arztes aus, der für uns der höchste sein mufs, nicht wird verringert werden können. Ich lade daher heute mehr als je alle Ärzte ein, diese meine einfachen Versuche zu wiederholen, wenn sie sich dem traurigen Bilde gegenüber befinden, welches die an ausgedehnten

und schweren Verbrennungen Leidenden darbieten. Und wenn sie sich vor Fällen befinden, die verzweifelt erscheinen, so mögen sie deswegen den Mut nicht sinken lassen und sich nicht vom Handeln abhalten lassen. Wenn die subcutanen Injektionen nicht genügen, so mögen sie alles aufstellen, um eine grofse endovenöse Injektion zu machen, und ich habe Gründe zu glauben, dafs sie dafür belohnt werden.

Zwei Fälle von Neurolepriden.

Vortrag, gehalten in der Kaiserlichen Gesellschaft der Ärzte zu Konstantinopel am 30. Oktober 1896.

Von

Dr. Menahem Hodara,
Chefarzt der dermatologischen Abteilung des Marine-Hospitals zu Konstantinopel.

Gestatten Sie mir, meine Herren, Ihnen diese beiden Fälle von Neurolepriden (Lepra maculosa und gyrata) vorzustellen.

Der erste dieser beiden Patienten, Cherif de Samsoun, 28 J. alt, kam am 30. September auf die dermatologische Abteilung des Marine-Hospitals zur Aufnahme. Auf seiner Stirn gewahren Sie drei rote, glatte, nicht schuppende Plaques, die einsousstück- bis fünffrancsstückgrofs sind. Desgleichen befindet sich auf dem Kinn ein roter Flecken und beide Wangen sind gleichmäfsig von grofsen roten Herden mit unregelmäfsigen Rändern besetzt; auch hinter beiden Ohren finden sich erythematöse Plaques und Kreise. Von dem ganzen Gesicht ist demnach nur die Nase nicht erkrankt.

Vorn und hinten am Thorax bemerken Sie einige erythematöse Kreise von verschiedener Gröfse; zum Teil sind sie mit einem roten, glatten Rand umgeben, zum Teil ist dieser Rand auch abgeblafst, gelblich und schuppend. Diese Ränder sind $^1/_2$—1 cm breit und der von ihnen eingeschlossene Raum erscheint normal gefärbt.

Die oberen und unteren Extremitäten sind rechts sowohl wie links zum grofsen Teil von etwa 10—15 erythematösen und circinösen Kreisen bedeckt, deren Gröfse verschieden ist; die einen stehen isoliert, die anderen fliefsen mehr oder minder zusammen und bedecken umfangreiche Teile der Haut. Auf der rechten Handfläche, an der Innenfläche des rechten Ringfingers, sowie endlich auf dem linken Handrücken gewahrt man ähn-

liche Flecken. Beide Fufsrücken sind gleichmäfsig von grofsen erythematösen Herden bedeckt. Ein grofser roter Fleck findet sich auch auf dem Scrotum; dagegen sind die Beugeseiten der Ellbogengelenke, die Kniekehlen und die Fufssohlen frei.

Die Cubitalnerven sind beiderseits verdickt, an den verschiedenen Plaques hingegen sind die nervösen Veränderungen nur wenig ausgesprochen. Die Ränder der erythematösen Kreise sind nicht anästhetisch, innerhalb derselben ist aber die Empfindung für Stiche herabgesetzt, indem Patient angiebt, dafs Stiche an diesen Stellen weniger schmerzen als an der gesunden Haut.

Das Leiden begann vor sieben Monaten im Gesicht und hat sich dann innerhalb drei Wochen über den ganzen Körper ausgedehnt, ohne übrigens dem Patienten das geringste Unbehagen zu bereiten. Bis jetzt ist der Ausschlag in dem nämlichen Zustand verblieben und zeigt keinerlei Veränderung.

Ich habe nun aus dem Rande eines dieser erythematösen Ringe ein Stückchen ausgeschnitten; dasselbe fühlte sich hart und fest an. Unter dem Mikroskop erkennt man, dafs die Veränderungen sich ausschliefslich auf das Gefäfssystem beschränken. Sämtliche oberflächlichen und tieferen Gefäfse und Kapillaren der Cutis sind aufserordentlich infiltriert und hypertrophiert. In sämtlichen Gefäfswänden besteht eine Zellhyperplasie, die nirgends geringgradig, stellenweise aber sogar sehr ausgesprochen ist. Die Wände der subpapillaren Gefäfse und der Kapillaren des Papillarkörpers sind im allgemeinen stärker infiltriert als diejenigen der Cutis. Die aufsteigenden Gefäfse der Cutis, die verhältnismäfsig spärlicher sind und entfernt von einander verlaufen, erscheinen als isolierte und stark infiltrierte Zellstränge, zwischen denen grofse Strecken normaler Cutis sich einschieben. Bei den Papillarkapillaren dagegen, die viel zahlreicher sind, nimmt die Zellinfiltration dementsprechend einen grofsen Teil des Papillarkörpers und der Papillen ein, so dafs zwischen den infiltrierten Kapillaren immer nur kleinere Teile nicht infiltrierten Bindegewebes sich befinden. Stellenweise ist die Zellinfiltration der dicht nebeneinander verlaufenden Kapillaren eine so massige, dafs die Grenzen verwischen und grofse Teile des Papillarkörpers nunmehr gleichmäfsig und zusammenhängend bis zur Grenze der Epidermis infiltriert sind. Letztere erscheint an solchen Stellen emporgehoben und komprimiert, die Epithelleisten verschwinden und die Epidermis wird flach und gleichförmig. Wo aber die papillaren Kapillaren trotz ihrer Hyperplasie getrennt bleiben, indem die Infiltration nur eine geringgradigere ist, da bleibt auch die normale Form der Epidermis, der Epithelleisten und der Papillen erhalten. An den stark-infiltrierten Stellen des Papillarkörpers ist das Bindegewebe sehr rarefiziert und weitmaschig, da die Herde der Zellinfiltration es hier fast

ganz verdrängt haben. In der Cutis dagegen ist das Bindegewebe normal; stellenweise sind hier die Bindegewebsfasern an der Peripherie der Gefäfse sogar geschwollen und verdickt. Die intervaskulären Bindegewebszellen sind leicht proliferiert, auch besitzen viele von ihnen, namentlich in der Nähe der Gefäfswände, ein stark hypertrophiertes Protoplasma, während andere ihr spindelförmiges Aussehen mit den langen Ausläufern behalten; die meisten aber besitzen mehrere solcher Fortsätze, drei bis sechs und auch wohl noch mehr, wodurch sie ein mehr oder weniger spinnenförmiges Aussehen erlangen (Spinnenzellen).

Die hyperplastischen Zellen der Gefäfswände bestehen aus proliferierten, perithelialen Bindegewebszellen mit zum Teil typischen, spindelförmigen Kernen, auch sind sie stellenweise, namentlich an der äufseren Peripherie der Gefäfswände, zu parallelen Reihen angeordnet. Man findet ferner noch unter den Infiltrationszellen eine grofse Anzahl solcher mit kleinen, dunklen, chromatinreichen Kernen, die leicht abgeflacht oder mehr oder weniger rund sind. Im Innern einzelner umfangreicher perivaskulärer Infiltrationsherde, besonders im Corpus papillare, stöfst man auf Zellen mit sehr dicken, aber verhältnismäfsig blassen Kernen; sie sind chromatinarm und mehr oder weniger eiförmig. Die meisten grofsen blassen Zellen sind zusammengeflossen und bilden wechselnd grofse Haufen regellos verteilter Kerne; jedoch bilden die Kerne zum Teil auch halbe und ganze Kreise und es kommt dann das Bild von typischen Riesenzellen wechselnder Gröfse zu stande. Einzelne solcher Riesenzellen sind ungeheuer grofs und rund und enthalten mehr als 40 peripher gelegene Kerne, während die innere Masse der Zelle homogen und schwach färbbar ist.

In den Zellen der perivaskulären Infiltration sieht man keine Mitosen; indem die Zellteilung hier amitotisch vor sich geht. Man bemerkt viele Zellen, die auf dem Punkte stehen, sich zu teilen; bei einigen hat sich diese Teilung schon vollzogen und die frisch getrennten Kerne sind deutlich sichtbar. Auch zahlreiche Mastzellen mit absonderlichen Formen findet man im intervaskulären Gewebe und namentlich in den perivaskulären Infiltrationsherden. Aber weder von Plasmazellen noch von vielkernigen Leukocyten ist auch nur eine Spur vorhanden.

Das elastische Gewebe der intervaskulären Teile ist abgesehen von der Hypertrophie einzelner Fasern normal; in den perivaskulären Infiltrationsherden ist es dagegen fast völlig geschwunden und nur im Innern jener Herde stöfst man noch hin und wieder auf einzelne Trümmer dieser Gewebeart, die dann ihr normales Aussehen teils noch bewahrt haben, teils aber auch schon abgeblafst sind und auf dem Punkt stehen, zu verschwinden.

Leprabacillen fehlten in sämtlichen Präparaten, die nach den bekannten Methoden gefärbt waren.

Die Epidermis weist keine weiteren Veränderungen auf als die schon erwähnte Abflachung und teilweise Abhebung durch Druck der oberflächlichen Infiltrationsherde. In der Hornschicht stöfst man hier und da auf Reihen flacher Kerne, die auf eine leichte Desquamation hindeuten.

Demnach bestehen die Veränderungen in diesem Falle von Neuroleprid 1. in dem Fehlen von Bacillen; 2. in der sehr beträchtlichen Hyperplasie der Zellen in den Wänden sämtlicher Gefäfse und Kapillaren der Cutis; 3. in der Anwesenheit von Riesenzellen im Innern einzelner Infiltrationsherde.

Der zweite Fall von Neuroleprid, den ich Ihnen vorzustellen habe, betrifft den 41jährigen Patienten Adjunan. Er hat auf seiner Stirn eine grofse erythematöse, rote, sehr harte und tief infiltrierte Plaque. Auch der rechte Vorderarm ist bis zum Ellbogen hinauf mit solchen erythematösen Plaques besetzt; sie haben hier eine gelbrote Farbe, sind mehr oder weniger tief infiltriert und schuppen ein wenig; sie sind linsen- bis einfrancstückgrofs, zum Teil wohl noch gröfser. Stellenweise sind sie ineinander geflossen und bilden dann grofse, formlose Flächen; einzelne von ihnen nähern sich auch der Ringform. Der ganze übrige Körper ist vollkommen frei von diesem Ausschlag. Die Plaques sind ausgesprochen anästhetisch und der Nervus cubitalis des erkrankten Armes ist verdickt.

Nach Aussage des Patienten hat die Krankheit vor ungefähr vier Monaten mit einigen Plaques am Arm begonnen; dann entwickelte sich der Herd auf der Stirn und sämtliche Plaques seien innerhalb 14 Tagen entstanden. Seitdem sei der Ausschlag der nämliche geblieben und die einzelnen Herde haben sich in keiner Weise verändert. Seit dem Bestehen des Ausschlags hat Patient weder Fieber noch sonstige Beschwerden gehabt.

Die mikroskopische Untersuchung, die auch in diesem zweiten Fall vorgenommen wurde, lieferte nun genau den nämlichen Befund wie bei dem ersten Fall. Auch hier handelte es sich nur um perivaskuläre Veränderungen; auch hier hat man es mit einer beträchtlichen Hyperplasie der perithelialen Zellen aller Gefäfse und Kapillaren der Cutis zu thun. An den intervaskulären Stellen ist die Infiltration nur geringfügig; beträchtlicher dagegen tritt sie im Papillarkörper auf und grofse Teile desselben sind völlig infiltriert; hier trifft man inmitten der breiten, perivaskulären Infiltrationsherde auch auf Riesenzellen. Ferner ist die Epidermis entsprechend den Punkten, an denen eine beträchtliche Infiltration des Papillarkörpers besteht, abgeflacht. Auch in diesem zweiten Fall läfst sich weder der Hansensche Bacillus noch eine Emigration vielkerniger Leukocyten nachweisen.

Diese von mir beobachteten Veränderungen decken sich nun voll-

kommen mit dem von UNNA in seiner *Histopathologie*, S. 123, mitgeteilten Befund bei nicht embolisierten Neurolepriden. In einem erst zehn Tage alten annulären Neuroleprid, das als erstes Symptom der Lepra auftrat, konnte auch UNNA das völlige Fehlen des HANSENschen Bacillus beobachten. Die Veränderungen beschränkten sich auch dort ausschliefslich auf das Gefäfssystem und bestanden in einer Zellhyperplasie sämtlicher Gefäfswände. Daneben fand UNNA noch eine nicht unbeträchtliche entzündliche Verdickung der cutanen und subcutanen Nerven, besonders der letzteren; diese Verdickung war durch eine Hyperplasie des Bindegewebes der Nerven (Neuritis) bedingt. Die gegen die Cutis aufsteigenden Nerven erscheinen als stark hypertrophierte, gekrümmte oder spiralige Fasern, ähnlich wie die hypertrophischen Nervenbündel des Neurofibrom.

Abgesehen von einem kleinen Bacillenhaufen in dem Perineurium eines Nerven fand UNNA auch hier nirgends Bacillen. Nur in den Wänden der Schweifsknäuel beobachtete er kleine unregelmäfsige Körner, die sich mit Karbol-Fuchsin färbten und von Salpetersäure nicht beeinflufst wurden, wie die Leprabacillen; und diese kleinen Körner hält er für die Trümmer ehemaliger Bacillenkugeln. UNNA hat deutlich nachgewiesen, dafs die echten Hautleprome, wie sie durch unmittelbares Eindringen der Bacillen in die Haut zu stande kommen, ganz anders gebaut sind, als die Neurolepride, die nach ihm unter der Form von polymorphen Exanthemen auftreten; dies läfst sich auf angioneurotische Störungen zurückführen, die ihrerseits sekundär durch die Anwesenheit von Bacillen in den Nerven oder durch Kompression der Neuroleprome mit nachfolgender Bindegewebshyperplasie der Nerven zu stande kommen. (Neuritis parenchymatosa.)

In mehreren von UNNA untersuchten Neurolepriden älteren Datums fand er weder die eben erwähnten kleinen Körner in den Glomeruli sudoripares noch irgend sonstwo eine Spur des HANSENschen Bacillus. Desgleichen konnte er auch bei den meisten älteren Neurolepriden keine Veränderungen an den Nerven entdecken. UNNA sucht sich das so zu erklären, dafs er annimmt, entweder, dafs die entzündliche Verdickung der Nerven sich bei den älteren Lepriden wieder zurückgebildet habe, oder dafs tiefer liegende Nerven von den in Frage stehenden Veränderungen betroffen seien. Im ganzen hat schon UNNA angenommen, dafs das Fehlen von Bacillen und die Hyperplasie der Zellen der Gefäfswände das gemeinsame Charakteristikum aller alten nicht embolisierten Neurolepride sei. Nur zwischen den Angaben UNNAs in Betreff seines frischen, erst zehn Tage alten Neuroleprids und meinen Befunden bei meinen beiden älteren Fällen besteht insofern ein Unterschied, als ich in den breiten perivaskulären Infiltrationsherden eine grofse Anzahl von Riesenzellen ge-

fanden habe, was sich vielleicht als ein den alten Neurolepriden eigenartiges Symptom ansprechen läfst.

Unna selber und zwei seiner Schüler, Philippson und Pollitzer, haben gezeigt, dafs die Neurolepride zuweilen bacilläre Emboli aufnehmen können; klinisch soll das durch Fieber, durch Ödem und Hyperämie der Neurolepride zum Ausdruck kommen. In solchen embolisierten Tumoren sieht man Bacillenhaufen in den Gefäfsen der Cutis und Subcutis, sowie in den perivaskulären Lymphspalten, kleine perivaskuläre Leprome (Pergamentleprom) in Form von Streifen. Da nach Unnas Angabe das subcutane Gewebe der Neuroleprösen viel günstiger für das Wachstum des Leprabacillus als das Cutisgewebe ist, so kommt es zuweilen in jenem zur Bildung von richtigen subcutanen Lepromen, in der Form kleiner Knötchen, die die Cutis emporheben, ohne dafs diese, abgesehen von leichter Kompression und Verdünnung, irgendwie erkrankt wäre. So ist denn, wiederum nach Unna, ein Zusammentreffen von Neuroleprid mit subcutanem Leprom gar nicht so selten, wohingegen eine Umwandlung von Neurolepriden in diffuse, harte und deutlich abgegrenzte Leprome der Cutis, wie die echten Hautleprome der Lepra tuberosa cutanea, fast niemals zur Beobachtung kommt. Ebenso selten findet sich, wie Unna weiter angiebt, eine Komplikation der Neurolepride mit der anderen Form der Lepra nervosa (Lepra mutilans).

Jene bacillären Emboli, die erst später in die Neurolepride hineingelangt sind, verschwinden in den meisten Fällen wieder, und zuweilen sogar sehr schnell. Philippson hat z. B. den Schwund eines solchen Embolus innerhalb 24 Stunden beobachtet. Aber wenn die intra- und perivaskulären Bacillen auch völlig verschwinden, so bleibt nach Unna in den makulösen, pigmentösen und anästhetischen Neurolepriden doch fast immer ein Rest angioneurotischer Veränderungen, bestehend in einer mehr oder weniger wahrnehmbaren Zellhyperplasie der Gefäfswände.

Sonach bestätigen die in meinen beiden Fällen von Neuroleprid von mir beobachteten Veränderungen in jedem Sinne die histologischen Angaben Unnas in Betreff der nicht embolisierten Neurolepride, und ich habe nur ein neu beobachtetes Symptom hinzuzufügen, nämlich die Anwesenheit von Riesenzellen im Innern der perivaskulären Infiltrationsherde.

* * *

Nachtrag.

Ich füge noch zwei weitere Fälle von Neurolepriden hinzu, die ich zwei Monate nach der obigen Mitteilung zu beobachten Gelegenheit hatte. Der eine Fall betrifft eine Frau von 40 Jahren, die seit zehn Jahren an

Lepra nervosa leidet. Sie hat mehrfach deutlich die Form der Lepra maculosa gezeigt, hat auch schon subcutane Leprome, aber niemals solche der Cutis gehabt. Die Flecken der Neurolepride sowohl, wie die subcutanen Leprome sind mehrfach geschwunden und wiedergekehrt. Die Nervi cubitales sind ganz ungeheuer hypertrophiert, sie bestehen aus harten, dicken Strängen, auf deren Verlauf die Neuroleprome als schmerzhafte, haselnufsgrofse Knoten deutlich zu fühlen sind. In jüngster Zeit nun hat Patientin unter meinen Augen einen Anfall von Neurolepriden durchgemacht. Acht Tage vor dem Anfall fühlte sie sich unwohl, verlor den Appetit, bekam Fieber und mufste sich zu Bett legen. Es erschienen dann an den oberen und unteren Extremitäten, am Rücken u. s. w. zahlreiche Flecken, wechselnd grofse, teils einzeln stehende, teils zusammenfliefsende, blaurote Papeln, die wie ein Erythema polymorphum aussahen. Am auffallendsten bei der ganzen Erkrankung war die völlige Symmetrie des Ausschlages auf beiden Seiten. Das Exanthem verschwand nach ungefähr zehntägigem Bestand wieder gänzlich. Ich hatte der Kranken Salicylsäure verordnet.

Im zweiten Falle handelte es sich um den 19jährigen Sohn der eben genannten Patientin. Dieser junge Mensch war bis vor kurzem von jedem Symptom der Lepra frei und erst vor einem Monate stellte er sich uns mit einigen neurolepriden Flecken, die symmetrisch auf beide Vorderarme verteilt waren, vor. Die Cubitalnerven waren sehr verdickt, schmerzhaft, und wiesen in in ihrem Verlauf mehrere Lepraknoten auf. Nach einigen Tagen entstanden auf beiden Vorderarmen blasse, schmerzhafte, subcutane Knötchen, ähnlich wie beim Erythema nodosum; die Haut über diesen Knötchen war zum Teil bläulichrot verfärbt. Diese Knötchen, bei denen es sich wohl um subcutane Leprome handelt, waren unter Fiebererscheinungen entstanden und höchstwahrscheinlich haben wir es hier mit dem Fall zu thun, dafs sich aus primären Neurolepriden sekundär subcutane Leprome entwickelt haben.

Eine Biopsie dieser letzten beiden Fälle konnte leider nicht vorgenommen werden.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten.

Kritische Übersicht der neuesten italienischen Arbeiten.

Von

Dr. Thomas Secchi,
gew. Assistenten an den Universitäten Cagliari und Bologna.

(Fortsetzung.)

Fermi und Aruch, Über eine neue pathogene Hefeart und über die Natur des sog. Kryptococcus farcinosus Rivoltae (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1895. Bd. XVII, S. 593). In Übereinstimmung mit einer früheren Mitteilung von Tokishize (1893) haben die Verfasser gefunden, dafs der ätiologische Faktor der als Lymphangitis epizootica, Lymphangitis farcinoides bezeichneten Pferdekrankheit nichts anderes ist als ein Blastomycet, das Rivolta Kryptococcus farcinosus genannt hatte. Sie haben dasselbe in Reinkultur isoliert und Kaninchen, Pferden und Meerschweinchen eingeimpft. Sie berichten jedoch nur über die Resultate ihrer Inokulationen bei Kaninchen. Dieselben hatten zur Bildung einer eiterartigen, viele Blastomyceten enthaltenden Substanz geführt. Später werden sie die Resultate ihrer Experimente an Pferden mitteilen.

Pianese, Beitrag zur Histologie und Ätiologie des Carcinoms (*Beiträge f. path. Anatomie.* 1896). Es ist dies die weitere Ausführung der bereits in italienischer Sprache erschienenen und von mir weiter oben referierten Arbeit. Sie enthält nichts neues aufser acht grofsen prachtvollen Tafeln in Chromolithographie.

T. Rossi Doria, I blastomiceti nel sarcoma puerperale infettante (*Policlinico.* 1. Februar 1896, S. 91). Die Untersuchungen beziehen sich auf Stücke eines Riesenzellensarkoms der Decidua aus der Klinik von Prof. Winkel in München und eines weiteren Sarkoms der Decidua aus der Klinik von Prof. Mangiagalli in Pavia. In beiden Fällen hat er Blastomyceten gefunden. Darunter waren ältere Formen, meist in Entartung begriffen, schlecht oder gar nicht färbbar, blasenförmig und sehr lichtbrechend; einzelne derselben waren isoliert und wie lufthaltige Vacuolen aussehend, die in verschiedener Gröfse innerhalb und zwischen den Zellen des Neoplasmas lagen; andere waren zu mehr oder weniger glänzenden, unregelmäfsigen Haufen gruppiert, die sich kaum von den amorphen Detritusmassen oder anorganischen Substanzen unterschieden. Alle diese Formen sind vorzüglich in den zentralen Partien des Neoplasmas und speziell in jenen Partien gelegen, wo man die grofsen Tumorelemente konstatiert. Die Gebilde jüngeren Alters waren zu Gruppen von 5 bis 15 Elementen angeordnet, die innerhalb der Bindegewebsmaschen, besonders in den perivasalen Lymphräumen lagen, zwischen den kleinen Infiltrationszellen des peripheren Teils des Tumors. Diese Jugendform des Parasiten war auch innerhalb der Zellen des Neoplasmas, sowohl in den kleinen als den grofsen Elementen desselben zu konstatieren und zwar die ganz kleinen in Gruppen angeordnet, die gröfseren isoliert und zum Teil in Sprossung begriffen; der Zellkern war nach der Peripherie

verdrängt. Die Kugelform herrscht vor, doch waren aufserdem längliche und unregelmäfsig geformte zu sehen. Alle Parasiten mit Ausnahme der ganz jungen waren von einer doppeltkonturierten, farblosen Membran und einem mehr oder weniger glänzenden Hofe umgeben. Das Protoplasma war gleichmäfsig gefärbt und enthielt keine intensiver kolorierten Körnchen. „Diese Blastomyceten", sagt der Verfasser, „sind in derselben Weise angeordnet und sehen ganz gleich aus wie in den Tumoren, die man auf experimentellem Wege durch Inokulation von Reinkulturen pathogener Blastomyceten erhält oder die man in gewissen malignen Tumoren des Menschen antrifft. Sie sind wahrscheinlich die Ursache des malignen Deciduoms. Zur Erzeugung dieses letzteren müssen jedoch wahrscheinlich noch andere prädisponierende und ursächliche Momente von seiten der Gewebe beitragen."

Sanfelice, Sull' azione patogena dei blastomiceti. Memoria terza (*Annali d'Igiene sperimentale.* Bd. VI, Heft III. 1896). Der Verfasser hat mit Inokulationen von Reinkulturen auf weifse Ratten, Mäuse, Kaninchen, Hunde und Hühner experimentiert. Die Kulturen dieses Blastomycets haben stets dieselbe pathogene Wirkung entfaltet und eine grofse Widerstandsfähigkeit gegen das Eintrocknen gezeigt. Zu den Inokulationen hat sich S. stets der Strichkulturen in Agar bedient, denen er im Augenblick des Experimentes etwas Fleischbrühe und destilliertes Wasser beifügte.

a. Hausmaus (mus musculus). Zehn kleine Mäuse, die er in die Abdominalhöhle impfte, starben im Mittel in acht Tagen mit kleinen miliaren, weifslichen Knötchen im grofsen Netze, zuweilen mit graulichen Plaques in der etwas vergröfserten Milz und den Nieren, sowie mit leichter Trübung des Peritoneum parietale und viscerale. Mikroskopisch konstatierte man zahlreiche Parasiten in allen Organen, zuweilen auch im Herzblute. Kulturversuche mit Gewebsmaterial aus sämtlichen Organen fielen stets positiv aus, ebenso in drei Fällen (von zehn) mit Herzblut. — Frische Zupfpräparate: Zahlreiche freie oder in Lymphkörperchen eingeschlossene Parasiten. Die ersteren sind umgeben von einer lichtbrechenden, doppeltkonturierten Membran, deren Dicke nach der Gröfse der Elemente variiert und zuweilen von einem hyalinen Hofe von verschiedener Dicke umringt ist. Den Inhalt bildet ein meist homogenes Protoplasma mit lichtbrechenden Körnchen. Die in Lymphkörperchen eingeschlossenen Parasiten sind oft von einem hyalinen Hofe umgeben. Sehr häufig sind die in Sprossung begriffenen Formen. Behandelt man die Präparate mit einigen Tropfen Essigsäure, so tritt der hyaline Hof auch in denjenigen Formen hervor, die zuvor keinen hatten. — Schnitte: Die Lymphdrüsen enthalten nur eine beschränkte Anzahl von Parasiten; diese liegen dann hauptsächlich in den interfollikulären Räumen, weniger in den Follikeln selbst. Die lymphatischen Gewebselemente sind vermehrt und zeigen eine gewisse Neigung, sich um die Parasiten zu gruppieren. Spärliche Exemplare konstatiert man im Mark der langen Knochen. In der Milz liegen sie zu Gruppen angeordnet und in ihrer Umgebung konstatiert man nur ganz geringe reaktive Erscheinungen der Gewebselemente. In den Nieren findet man sie hauptsächlich in der Rindensubstanz oder gruppenweise in den gewundenen Kanälen sowie auch zuweilen in den geraden Kanälen und den Glomeruluskapillaren. Die Blastomyceten gelangen in die Nieren mit dem Blutstrome, wo sie die Glomeruluskapillaren leicht durchbrechen und entweder in die Nierenkanäle oder das interstitielle Bindegewebe gelangen, indem sie die Baumannsche Kapsel perforieren. Zuweilen sieht man solche in den kleinen Arterien und Venen der Niere. In der Leber sind sie gruppenweise angeordnet und von zahlreichen lymphoiden Elementen umgeben. Sie gelangen in dieses Organ nach Ruptur der Blutkapillaren, in denen man oft Parasiten findet. Diese sind meist frei, seltener in Lymphkörperchen eingeschlossen;

sie zeigen die bekannten morphologischen Eigenschaften. Aufserdem haben die Parasiten in den Blutkapillaren eine hyaline, sehr dicke Membran; die gefärbte lichtbrechende Membran sieht man nirgends. In einigen sind die Körnchen fast alle von gleicher Gröfse und erinnern an die Sporulationen der Malariaparasiten; bei anderen sieht die zentrale chromatische Partie kokardenartig aus. Der Verfasser betont diesen Umstand, weil man leicht an eine Fortpflanzungsweise denken könnte, wie man sie bei gewissen Sporozoen beobachtet, wenn man nicht wüfste, dafs es Blastomyceten sind. Der Saccharomyces neoformans verursacht also bei den Mäusen eine allgemeine Infektion mit Verbreitung der Parasiten in den Blut- und Lymphgefäfsen und mit besonderer Lokalisation in den Lymphdrüsen, der Milz und den anderen Organen; es besteht einerseits eine bedeutende Verbreitung von Parasiten und andererseits sind die Läsionen der Gewebselemente nur gering, wie man sich in allen Infektionen bei den für eine bestimmte Infektion empfindlichen Tieren überzeugen kann.

b. Weifse Ratten. Zwei derselben wurden ins subcutane Bindegewebe, sechs in die Abdominalhöhle inokuliert. Von den ersteren starb eine nach $1^1/_2$ Monaten, die andere nach zwei. Es hatten sich an der Inokulationsstelle haselnufsgrofse Tumoren gebildet, die inguinalen und axillaren Lymphdrüsen waren vergröfsert, im grofsen Netze konstatierte man spärliche, miliare Knötchen und auf der Nierenoberfläche grauliche Plaques; die Milz war vergröfsert, die mesenterialen Lymphdrüsen ebenfalls. Die anderen sechs Ratten starben im Mittel nach einem Monat mit Vergröfserung der Milz, deren Oberfläche gleich derjenigen der Niere kleine graufliche Knötchen zeigte, mit einem dicken milchigen Überzuge auf dem Peritoneum; im grofsen Netze konstatierte man gröfsere und zahlreichere Knötchen als bei den zwei ersten Tieren. Die Kulturversuche fielen alle positiv aus. — Frische Präparate: Man findet in denselben die bekannten Blastomyceten, von denen einige in kalkiger Degeneration begriffen sind mit starker Verdickung der Membran. — Schnitte: Im allgemeinen sieht man hier weniger Parasiten als bei den Meerschweinchen und Mäusen, dagegen eine lebhaftere Reaktion der Gewebe, besonders in den Nieren, wo die Knötchen der Rindensubstanz gröfstenteils aus neugebildeten Bindegewebselementen bestehen; diese enthalten Epithelzellen aus den gewundenen Kanälen und Parasiten; in der Marksubstanz enthalten die geraden Kanäle viele Parasiten, die stellenweise ganze Cylinder bilden; in den Glomerulusschlingen sieht man ebenfalls öfters Blastomyceten, woraus hervorgeht, dafs bei den Ratten die Parasiten mit dem Blutstrom in die Nieren gelangen. Von diesen Parasiten sind einige mit einer intensiv gefärbten Membran und einem dicken durch Karmin gefärbten Hof versehen; das Protoplasma ist schwächer, die Körnchen intensiver koloriert; andere führen einen intensiv und gleichmäfsig gefärbten Inhalt mit schwachrotem hyalinen Hofe. Diese verschiedene Struktur des zentralen Protoplasmas hängt gröfstenteils von dem gröfseren oder geringeren Gehalte an chromatischer Substanz ab, vielleicht aber auch, wie Verfasser gefunden hat, von der Fixationsflüssigkeit; man findet nämlich mehr Blastomyceten mit homogenem Protoplasma in den Präparaten, die in Müllerscher Lösung, als in denen, die in Alkohol gehärtet worden waren. Die in Entartung begriffenen Formen führen wenig zentrale protoplasmatische Substanz und die rote Farbe wird ausschliefslich von der lichtbrechenden Kapsel festgehalten. Die vollständig degenerierten Parasiten enthalten überhaupt keine zentrale chromatische Substanz mehr und der hyaline Hof ist schwach rosarot gefärbt oder sie haben ein hyalines Aussehen mit doppeltkonturierter Membran. Man findet also, kurz zusammengefafst, bei den weifsen Ratten eine diffuse Infektion; die Parasiten vermehren sich aber weniger reichlich als bei den Meerschweinchen und erzeugen eine intensive Reaktion von seiten der Gewebe.

c. **Kaninchen.** 8 solcher wurden in die Peritonealhöhle und 4 ins Unterhautzellgewebe geimpft. Von den ersteren starben nur zwei und zwar nach einem resp. nach $1^1/_2$ Monaten. Von den anderen starben gar keine. Die Sektion ergab: leichte Vergrößerung der Lymphdrüsen der Leisten und der Achselhöhlen; kleine miliare Knötchen in der Milz, den Nieren und Lungen; sonst nichts Bemerkenswertes. Positiv fielen allein die Kulturversuche mit Material aus Milz, Nieren und Lungen aus. An den frischen Präparaten zeigten die Parasiten die bekannten Merkmale; es waren deren nur spärliche vorhanden und zwar ohne Hyphen und Entartungsformen. Die Untersuchung der Schnitte ergab, daß bei den Kaninchen, die der Blastomyceteninfektion noch besser widerstehen als die Ratten, weniger Parasiten zu finden sind als bei den Meerschweinchen und den Ratten, daß dagegen eine lebhaftere Proliferation der Gewebselemente stattfindet.

d. **Hunde.** Von den 30 in verschiedener Weise geimpften Tieren haben nur 2 wahre Tumoren an der Inokulationsstelle mit Metastasen in den inneren Organen gezeigt. Bei den anderen konstatierte man wenige Tage nach der Inokulation an der Einstichstelle eine Schwellung, die allmählich abnahm, so daß man nach zwei Monaten gar nichts mehr nachweisen konnte. Dieses Resultat muß uns, wie Verfasser sagt, nicht auffallen, weil sowohl bei den Hunden als bei allen Tieren, bei denen Tumoren auftreten können, die in ihrer Struktur identisch sind mit denen beim Menschen, die Blastomyceten keinen so günstigen Boden finden, wie bei den Meerschweinchen und den anderen empfindlichen Tieren. Außer dem Saccharomyces neoformans hat Verfasser den Hunden auch Blastomyceten eingeimpft, die er aus malignen Tumoren des Menschen, sowie vom Rindvieh und vom Schweine gewonnen hatte, konnte aber keine pathologischen Erscheinungen damit erzeugen. Das Saccharomyces lithogenes hat bei Hunden, Eseln und Schafen nicht dieselben Erscheinungen hervorgerufen wie beim Rinde. Dies läßt sich dadurch erklären, daß wir es mit Parasiten zu thun haben, die, nachdem sie einmal bei einem empfindlichen Tiere einen Tumor hervorgebracht haben, lange Zeit in oder zwischen den Zellelementen liegen bleiben, die sie zur Proliferation angetrieben haben. Sie haben sich dem Gewebe, in dem sie leben, angepaßt und sind somit nicht im stande eine Geschwulst derselben Art hervorzubringen, wenn sie auf Tiere einer verschiedenen Species übertragen werden. Damit dies stattfinde, muß man zu den Experimenten nicht allein Individuen derselben Art, sondern auch desselben Alters wählen. Der pathologisch-anatomische Befund bei einer Hündin, die zu einem derartigen Versuche gedient hatte, war folgender: In dem Bindegewebe, welches das Milchdrüsengewebe umgiebt, sieht man Anhäufungen eng zusammengedrängter oder in Strängen angeordneter und von Bindegewebe umgebener Zellen. Solche Stränge findet man auch in der Umgebung von Sarkomen und Carcinomen, weshalb denn auch Herr Prof. Durante, der die Präparate sah, meinte, daß er dieselben für Sarkom erklärt haben würde, auch ohne ihren Ursprung gekannt zu haben. Von den Zellen, die den Tumor zusammensetzen, haben die meisten einen großen, an Chromatin armen Kern und einen ziemlich mächtigen und scharf begrenzten Zellkörper; die anderen sind kleiner und haben einen meist nach der Peripherie gedrängten Kern. In einzelnen von den größeren Zellen sieht man Karyokinesen. Der andere tiefer gelegene Abschnitt des Tumors, der sich wie ein Knoten anfühlt, zeigt die Struktur einer Lymphdrüse mit spärlichen Follikeln gegen die Peripherie zu und mit zahlreichen Zellelementen von demselben Aussehen wie die oben angeführten. Man kann sagen, daß dieser Teil des Tumors ganz aus neugebildeten Elementen besteht. Die Elemente der Milchdrüsen scheinen an der Neubildung nicht teilgenommen zu haben. Im Zentrum der Zellmassen, welche die Neubildung zusammensetzen, hat er keine Parasiten nach-

gewiesen, wohl aber gegen die Peripherie hin, wo sie meist in Zellen eingeschlossen, selten frei waren. Die Jugendformen des Parasiten sind intensiv gefärbt, stehen allein oder zu mehreren vereinigt, letzteres meist in den gröfseren Zellen. Die älteren Parasiten im Innern von Gewebszellen haben eine intensiv gefärbte Kapsel; die chromatische Substanz ist gleichmäfsig koloriert; Körnchen sind bald vorhanden, bald nicht. Die freien ausgewachsenen Parasiten führen neben einer intensiv gefärbten eine hyaline, farblose Kapsel mit doppelten Konturen; bei einigen ist Sprossung zu konstatieren. Die Lymphdrüsen und metastatischen Knoten der Nieren haben dieselbe Struktur und enthalten spärliche Parasiten. Der Verfasser betrachtet diese Veränderungen deshalb als Neubildungen, weil 1. bei allen Hunden die durch das Saccharomyces neoformans erzeugten entzündlichen Läsionen nach höchstens 2 Monaten vollständig verschwanden, während bei der Hündin die Neubildung sich erst dann zu entwickeln begann, als keine Spur von entzündlichen Erscheinungen mehr zu konstatieren war; 2. weil bei der zweiten Hündin, die in die hinteren Zitzen geimpft worden und die nach 10 Monaten an Kachexie gestorben war, Tumoren von epithelialem Charakter auftraten, wie solche Marchiafava, Celli, Durante, Guarnieri und andere beobachtet hatten.

e. Hähne. Von den 8 in den Koller geimpften Hähnen haben nur 3 dauernde Neubildungen gezeigt, während bei den 5 anderen nach 1—1½ Monaten keine Spur einer Veränderung mehr zu sehen war. Über den Befund bei dem einen Hahne hat Verfasser in einer der obigen Mitteilungen berichtet. Bei dem zweiten wurde folgendes konstatiert: Frische Präparate. Die Parasiten sind von verschiedener Gröfse, die einen das Doppelte bis Vierfache der anderen. Alle haben eine lichtbrechende, doppeltkonturierte Membran, deren Dicke nach dem Alter der Zellen variiert. Das Protoplasma enthält ein oder mehrere, wie die Membran lichtbrechende Körnchen. Nach aufsen von dieser Membran konstatiert man einen hyalinen Hof, dessen Dicke und Struktur in den verschiedenen Parasiten variiert; bei einigen ist derselbe nämlich homogen, vollständig hyalin; bei anderen setzt er sich aus einem bis drei konzentrischen, aus verschieden lichtbrechendem Protoplasma bestehenden Ringen zusammen. Um diesen Hof herum sieht man bei einigen Parasiten eine Ansammlung von Zellendetritus. Die Formen mit Sprossen und hyalinem Hofe sind selten. Vergleicht man diese Parasiten mit solchen bei anderen Tieren, so könnte man leicht glauben, dafs es sich um verschiedene Pilze handelt, und doch stammen alle von demselben Saccharomyces ab, das in den Kulturen stets die gleiche Form zeigt. Gerade dieser Pleomorphismus, unter dem die Blastomyceten in den Geweben erscheinen, bildet einen der überzeugendsten Beweise gegen diejenigen, welche die Krebskörperchen als Coccidien bezeichnen. Alle oben beschriebenen parasitären Formen stimmen genau überein mit den von Soudakiewitsch gezeichneten. Schnitte: Die Tumoren bestehen aus jungem Bindegewebe, zwischen dessen Bündeln zahlreiche Zellen mit intensiv gefärbtem Kerne und genau umschriebenem Zellkörper liegen. Diese Zellen bilden an einzelnen Stellen mehr oder weniger dicke Stränge, in deren Mitte zuweilen Parasiten zu finden sind, welche genau so aussehen wie in den frischen Präparaten. Die Membran, welche in diesen letzteren lichtbrechend erschien, ist auf Schnitten stark gefärbt; der Hof bleibt vollständig ungefärbt. Das Protoplasma ist entweder gleichmäfsig und intensiv koloriert oder es enthält dunkle Körperchen. Einzelne Parasiten sind in Degeneration begriffen und lassen einen schwach gefärbten Hof erkennen, während die Membran selbst die Farbstoffe begierig aufgenommen, aber an Dicke bedeutend abgenommen hat. Wenn diese Gebilde ihre chromatische Substanz ganz eingebüfst haben, erscheinen sie vollständig hyalin und sind kaum mehr zu erkennen.

G. Guarnieri, *Ricerche sulla etiologia della congiuntivite tracomatosa* (Pisa, Juli 1896). In den frischen durch Abkratzen der trachomatösen Granulationen gewonnenen Präparaten hat Verfasser folgendes gefunden: Rundliche, aus einer hellen, durchsichtigen, homogenen Substanz bestehende Körperchen, die von einer sehr lichtbrechenden Membran umgeben sind; diese letztere selbst umringt in etwas unregelmäfsiger Weise ein dünner hyaliner Hof. Neben der Methode von Sanfelice hat Verfasser mit gutem Erfolge angewendet: das Karbolfuchsin (Russel), das Boraxkarmin (Soudakiewitsch), die Lösungen von Foà und von Biondi, das Magentarot in 2%iger wässeriger Lösung. Schnitte: Körperchen, die von der Gröfse eines Drittels eines Blutkörperchens bis zu der einer Epithelzelle variieren, meist ein homogenes Aussehen haben, selten zentral gelegene intensiver gefärbte Körperchen enthalten, von einer tiefer kolorierten Schicht (Membran) und aufserdem, was die gröfseren anbelangt, von einem dünnen farblosen Hofe umgeben sind. Aufserdem sieht man kugelförmige, intensiv gefärbte Körperchen, deren Substanz aus konzentrischen Schichten zusammengesetzt erscheint, in deren Zentrum unregelmäfsige, intensiv gefärbte Klöfse liegen. Dieselben sind von einem hellen, ziemlich deutlichen Hofe umgeben, an dessen äufserer Fläche ganz kleine, schwach gefärbte Pünktchen zu sehen sind. Ferner beobachtet man eiförmige Gebilde mit kegelförmigen Auswüchsen, die wie Sprosse aussehen; endlich Gebilde mit zwei Anschwellungen, von denen eine mächtiger ist als die andere. Die gröfseren sind isoliert, die anderen zu Gruppen vereinigt; diese haben bisweilen alle ungefähr dieselbe Gröfse, an anderen Stellen gruppieren sich um ein gröfseres mehrere kleinere. Sie liegen bald in den Gewebsinterstitien, bald im Zellprotoplasma. Die Zellen mit vereinzelten Körperchen zeigen keine Kernveränderungen, dagegen ist das Protoplasma derjenigen Zellen, die mehrere dieser Körperchen enthalten, nicht selten farblos, in eine Art Blase mit atrophiertem Kerne umgewandelt. — Topographie: Die Parasiten sind sehr zahlreich wo der trachomatöse Prozefs erst in seinen Anfängen ist und ganz besonders in jenen Anhäufungen von mononukleären, protoplasmareichen Leukocyten, die im cytogenen Gewebe der Conjunctiva zerstreut sind. In den frischen Granulationen mit erhaltenem geschichteten Cylinderepithel an den Drüsenfalten sind sie selten; in den älteren fehlen sie vollständig. Der Verfasser meint, dafs es sich nicht um Degenerationsformen handeln könne, sondern vielmehr um Blastomyceten, ähnlich denjenigen von Sanfelice, obwohl er sie bisher noch nicht zu kultivieren vermochte.

Anmerkung. An dieser Stelle sollten die Untersuchungsresultate von Professor Gosella-Cagliari eingeschaltet werden, der beim Trachom Blastomyceten nachgewiesen hat. Die Arbeit ist aber noch nicht publiziert.

G. Jona, I mezzi di difesa dell' organismo difronto ai blastomiceti (*Riv. veneta di scienze med.*, XIII. Jahrg., Heft X u. XII, 1896). Was den tierischen Organismus gegen die Schizomyceten schützt, ist bald die chemische Reaktion des Blutes, bald eine gewisse Unempfindlichkeit der Gewebe, bald eine Phagocytose, bald sind es gewisse physiologische Eigenschaften des Blutes. Nun fragt es sich, ob es sich mit den Blastomyceten ähnlich verhält. Zur Beantwortung dieser Frage hat J. mit einem Blastomycet, dem Saccharomyces opiculatus, das er aus der Luft isoliert hat, auf Kaninchen experimentiert, für welche es gewöhnlich nicht pathogen ist, ob man es nun ins Blut, unter die Haut oder ins Peritoneum injiziert. Er gelangte dabei zu folgenden Resultaten: Die endovasale Einverleibung des Saccharomyces opiculatus ist beim Kaninchen gefahrlos, weil das Blut die Lebensfähigkeit des Parasiten vernichtet, indem es dessen Proliferation vollständig hindert und ihn zuletzt zerstört. Dies geschieht zum Teil im grofsen Kreislaufe, sobald die Blastomyceten in denselben eingeführt

worden, zum Teil in zerstreuten Kapillarbezirken, wo sie bald da, bald dort wegen ihres Volumens oder wegen ihres leichten Zusammenballens infolge der verlangsamten Cirkulation sitzen bleiben. Ihr Freiwerden aus den Gefäßen und die daraus folgenden reaktiven Erscheinungen sind vom Zufalle (Traumen etc.) abhängig. Die Fähigkeit, sich zu vermehren, haben sie schon vor ihrer Festsetzung in den Kapillaren verloren, was die Thatsache erklärt, daß die Kulturen negativ ausfallen, während sie in den Geweben noch vorhanden sind. Ins Peritoneum injiziert, werden die meisten Parasiten von Leukocyten und Endothelzellen aufgenommen. Diese Phagocyten gehen schließlich zu Grunde, unterdessen aber vereinigen sich die Parasiten zu einzelnen kleinen Klümpchen, die sich auf den intraperitonealen Organen ablagern und in einigen Wochen verschwinden, nachdem sie eine Reihe von Veränderungen durchgemacht haben. Die Veränderungen sind von verschiedenen Ursachen abhängig, die alle darauf ausgehen, die Lebensfähigkeit der Elemente zu vernichten; es sind dies die physikalischen Bedingungen der Umgebung, die Wirkung der Gewebsflüssigkeiten und der Leukocyten.

Gilchrist, The presence of an oidium in the tissues of a case of pseudo-lupus vulgaris. Vorläuffge Mitteilung (*Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, Baltimore, Juli 1896). A case of Blastomycetic Dermatitis in man (*The Johns Hopkins Hospital Reports*, Bd. I, 1896). Eine Hautaffektion im Gesicht wurde nacheinander als Lupus vulgaris, Tuberculosis cutanea (T. verrucosa cutis) und Sklerodermа betrachtet. Die mikroskopische Untersuchung eines Hautstückes ergab aber, daß es sich um eine Hypertrophie der Epidermis mit Infiltration polynukleärer Leukocyten in der Cutis und Bildung von Abscessen an einigen Stellen handelte. An einzelnen Punkten sah man tuberkelähnliche Knötchen. Im Granulationsgewebe der Cutis waren außerdem runde oder ovale Körperchen vorhanden mit doppeltkonturierter, stark lichtbrechender Membran. Ihre Größe variierte von 10—20 μ; die einen waren isoliert, andere zu Gruppen vereinigt. Besonders zahlreich waren sie in den miliaren Abscessen. Ihr Inhalt bestand aus gekörntem Protoplasma. In allen Schnitten fand man Riesenzellen, von denen einige von den beschriebenen Körperchen enthielten. Tuberkelbacillen waren keine zu finden. In den Kulturen konnte man ein hyphenbildendes Blastomycet (Oidium) isolieren, das sich mit den gewöhnlichen Anilinlösungen färbte, eine Membran und einen gekörnten Inhalt zeigte. Die Vermehrung des Parasiten geschah durch Sprossung. Der Parasit läßt sich leicht auf Glycerinagar und Kartoffeln kultivieren, wo er eine butterartige Masse bildet; Alkoholgährung oder Gasbildung erzeugt er nicht, die Gelatine wird nicht verflüssigt. Inokulationsversuche mit Reinkulturen auf Meerschweinchen blieben erfolglos; bei einem Hunde, in die Jugularis injiziert, erzeugten sie auf der Pleuraoberfläche und im Innern des Lungenparenchyms die Bildung von Knötchen und Vergrößerung der peribronchialen Lymphdrüsen. In den Knötchen und den Lymphdrüsen fand man die Parasiten wieder.

R. Binaghi, Sulla presenza di blastomiceti negli epiteliomi e sulla loro importanza parasitaria (*Policlinico* 1. Sept. 1896). Verfasser hat 53 Epitheliome an verschiedenen Körpergegenden (Penis, Lippen, Pankreas, Brustdrüsen etc.) im Laboratorium von Prof. Sanfelice untersucht. Bei 40 hat er Parasiten gefunden. Das negative Resultat bei den 13 anderen Präparaten erklärt er damit, daß er bei der Menge von Präparaten nicht alle Schnitte und deshalb vielleicht gerade nur diejenigen untersuchen konnte, wo die Parasiten fehlten; vielleicht kam es auch daher, daß die aus anatomischen Sammlungen stammenden Stücke nicht genügend fixiert und konserviert und deshalb zu so feinen Untersuchungen nicht geeignet waren. Die vom Verfasser gefundenen

Parasiten zeigen im allgemeinen alle Eigenschaften der von Sanfelice, Roncali, Aievoli, Maffucci und Sirleo und anderen Autoren beschriebenen Blastomyceten. Sie sind meist rund, von verschiedener Gröfse, zuweilen von einer einfach, seltener von einer doppeltkonturierten Kapsel umgeben; die Protoplasmasubstanz, aus der sie sich zusammensetzen, ist meist intensiv gefärbt, zuweilen durchsichtig und wenig oder gar nicht gefärbt; meist füllt sie den Körper des Parasiten gleichmäfsig aus, selten ist sie nach dem Zentrum, noch seltener nach der Peripherie zu konzentriert Man kann sie einteilen in ganz junge, junge, ausgewachsene und alte Formen, die sich in Form und Reaktion gegenüber den Farbstoffen als verschieden erweisen. Die Intensität der Färbung variiert nach der Beschaffenheit des Gewebes und nach der Art der Fixation und Aufbewahrung, nach der Dauer der Einwirkung der Farbstoffe und Entfärbungaflüssigkeiten (besonders der Beizen) und nach dem Alter der Parasiten. Diese sind bald frei, bald in Zellen eingeschlossen und von letzteren kann man zwei Typen unterscheiden: der erstere entspricht der multiplen Infektion von Soudakiewitch (10—15 Parasiten), welche den ganzen oder beinahe den ganzen Zellkörper ergreift; der Kern ist hier unsichtbar, weil von den vielen Parasiten verdeckt, oder aber zwischen zwei oder mehreren dieser letzteren eingeklemmt sichtbar und zwar im Zentrum oder an der Peripherie. Die Zellen des zweiten Typus haben ziemliche scharfe Konturen und einen intensiv rot gefärbten Kern; sie enthalten einen oder zwei bis vier Parasiten. Die einzeln stehenden Parasiten sind dick, scharf umschrieben und gleichmäfsig gefärbt; wo mehrere Parasiten neben einander liegen, sind sie kleiner, aber stets sichtbar und genau zu unterscheiden vom Kern und den anderen Zellteilen; sie sind weniger intensiv gefärbt und zeigen einen deutlichen Hof. Man findet die Parasiten im allgemeinen in allen Arten von Zellen des Neoplasma; auch enthalten die epithelialen Zellen häufiger deren mehrere, während die vereinzelten Parasiten hauptsächlich von den fixen Bindegewebselementen, zuweilen auch von den beweglichen Zellen eingeschlossen werden, die sich in epitheliale Elemente umwandeln werden. Wo mehrere Parasiten neben einander liegen, sind sie meist klein oder sogar sehr klein; im andern Falle ist ihre Gröfse verschieden. Die freistehenden Blastomyceten sind in verschiedener Weise zwischen den fixen Elementen der Neubildung zerstreut und variieren in Gröfse, Alter und Farbe; gewöhnlich folgen sie aber in ihrer Verteilung gewissen Regeln: man sieht sie selten an Stellen mit bedeutender kleinzelliger Infiltration und wo die Gewebselemente einen stabilen Charakter angenommen haben, selten oder nie in hochgradig degeneriertem Gewebe, niemals an geschwürigen Stellen oder in den sog. Epithelperlen; besonders zahlreich findet man sie in den Zapfen junger Epithelzellen und längs den frischen Infiltrationssträngen. In den Haut- und Schleimhautepitheliomen sind sie in den Infiltrationsknötchen unmittelbar unter dem Rete Malpighii zu finden, von wo aus sie sich in verschiedener Richtung in die ganze Masse des Neoplasma verbreiten.

Der Verfasser führt eine Reihe von Argumenten an zum Beweise, dafs die beschriebenen Gebilde wirkliche Parasiten und keine degenerierten Zellen sind; einen besonderen Wert legt er auf die Reaktionen gegenüber konzentrierten Säuren und Alkalien, die er wie die anderen Autoren geprüft hat. Da aber verschiedene behaupten, ausser in Sarkomen und Carcinomen auch in anderen pathologischen, aber nicht neoplastischen Geweben den Russelschen Körperchen ähnliche parasitäre Gebilde gefunden zu haben, hat Verfasser mit denselben Methoden zahlreiche tuberkulöse Gewebe und eine ziemlich beträchtliche Menge von Aktinomykosepräparaten untersucht; nirgends konnte er aber Gebilde nachweisen, die mit Blastomyceten zu vergleichen gewesen wären, weder zwischen den verschiedenen Gewebselementen, noch unter den spezifischen Mikroorganismen dieser Gewebe. Diese entgegengesetzten

Resultate erklärt er damit, daſs die anderen Autoren als Parasiten die Überreste der chromatischen Kernsubstanz aufgefaſst haben, die bei unvollständiger Entfärbung ihre spezifische Färbung beibehalten können. (Verfasser hat die dritte Methode von Sanfelice angewendet, d. h. Ehrlichsche und Lugolsche Lösung mit 1% wässerigem Safranin.)

Aievoli, Ricerche sui blastomiceti nei neoplasmi (*Centralbl. f. Bakteriol. und Parasitenkunde*, XX, 1896). Verfasser hat 8 epitheliale Neubildungen der Brustdrüse, eine epitheliale Neubildung des Knies, ein Sarkom der Submaxillaris und ein Epitheliom aus der Gegend des Warzenfortsatzes untersucht. Die Stücke waren in Alkohol fixiert, in Paraffin eingeschlossen und nach folgender Methode gefärbt: 10—20 Minuten langes Liegenlassen in Ehrlichscher Lösung, Abwaschen mit destilliertem Wasser, Entfärbung in 0,5 % Oxalsäurelösung, nochmaliges Abwaschen mit destilliertem Wasser, absoluter Alkohol, bis zur vollständiger Entfärbung, 1 % wässerige Safraninlösung während 2—3 Minuten, absoluter Alkohol, Xylol, Balsam. Der Verfasser hat hauptsächlich untersucht:

1. Die Beziehungen der Blastomyceten zu den Epithelnestern und den Fortsätzen des Rete Malpighii. In diesen letzteren hat er öfter, neben hochgradiger Proliferation in den untersten Partien mehr oder weniger ausgedehnte Räume gefunden mit sehr zahlreichen Parasiten Diese Hohlräume sind durch Zerstörung der Epithelien in Folge der Anwesenheit der Parasiten entstanden, welche zuerst eine Proliferation des Epithels verursachen.

2. Beziehungen zwischen dem Vorhandensein der Parasiten und den Ulcerationsphasen des Neoplasmas. Verfasser hat an den Punkten, welche bereits klinisch einen ulcerativen Prozeſs mit Substanzverlust erkennen lieſsen und wo histologisch eine Nekrose der Gewebselemente zu konstatieren war, auſserordentlich zahlreiche Parasiten nachgewiesen. Dieser Befund stimmt mit den Mitteilungen von Binaghi nicht überein, wofür Aievoli folgende Erklärung giebt: Vor der Operation werden die Tumoren gewöhnlich mit allerlei medikamentösen Mitteln behandelt, welche den Zerfall der ulcerierten Oberfläche begünstigen und damit einer ganzen Menge von Parasiten einen Ausgang verschaffen. Auſserdem löst sich bekanntlich von den in Alkohol konservierten ulcerierten Tumoren eine Detritusmasse ab, die aus den äuſsersten histologischen Elementen der ulcerierten Oberfläche besteht.

3. Erklärungsweise der Gruppierung der Parasiten. Verfasser ist der Ansicht, daſs die Art der Gruppierung von der Dicke der mikroskopischen Schnitte und nicht von Reproduktionsvorgängen abhängt. In Serienschnitten nämlich sieht man an genau homologen Punkten die bekannten Parasitenhaufen, die Zahl der einzelnen Individuen variiert aber mit der Dicke der Schnitte. Dies weist auch darauf hin, daſs die Parasiten sich in langen Zügen längs den Lymphspalten ausbreiten.

Morphologie der Parasiten. Diese sind meist kugelförmig, zuweilen etwas oval; die kleinen gleichmäſsigen Formen herrschen vor, auch sieht man solche mit Sprossen. Die Parasiten sind gewöhnlich glänzend blau gefärbt, gröſsere in Sprossung begriffene zuweilen violett, die kleineren und die Hyphen glänzend rot. Der Inhalt der meisten ist homogen, zuweilen zeigt er eingeschlossene Körnchen. Die Membran ist doppelt konturiert, lichtbrechend, von sehr verschiedener Dicke. Der hyaline Hof ist kaum sichtbar in den jungen Formen, sehr ausgesprochen dagegen in den groſsen und meint Verfasser, daſs er gewisse Beziehungen zeigt zum Alter des Tumors. Die Jugendform war nämlich vorherrschend in dem Kankroid der Warzenfortsatzgegend, das sich sehr rasch im Zeitraume eines Monats entwickelt hatte; in den Tumoren der Mamma hingegen, welche bereits mehrere Monate bestanden, war der Hof sehr

deutlich. Er hat ferner unzweifelhafte Formen von glasartigem Aussehen gefunden, doch hält er sich nicht für berechtigt, dieselben mit dem Saccharomyces lithogenes, noch mit dem Vitrosimile degenerans von Roncali zu identifizieren; er ist nämlich nicht der Ansicht, daſs es verschiedene Varietäten pathogener Blastomyceten gebe, sondern führt vielmehr diese Art von glasartiger Degeneration der Parasiten auf besondere vom Gewebe abhängige Bedingungen zurück.

Roncali, Di un novo blastomicete isolato da un epithelioma della lingua e dalle metastasi ascellari di un sarcoma della ghiandola mammaria, patogeno per gli animali e molto simile, per il suo particolar modo di degenerare nei tessuti delle cavie, al Saccharomyces lithogenes del Sanfelice (*Policlinico*. 1. Sept. 1896). Nachdem Verfasser in frischen Präparaten einige ganz spärliche Blastomyceten mit hyaliner Kapsel gefunden hatte, welche letztere unter der Einwirkung von Essigsäure glänzender wurde, zerrieb er gröſsere Stücke der beiden Tumoren in einem Mörser unter Anwendung strengster Asepsis, verteilte den Brei in verschiedene Reagensröhrchen mit sauren oder gezuckerten Flüssigkeiten und setzte sie einer Temperatur von 37° C. aus. Am 3. oder 4. Tage bildete sich auf der Oberfläche der Flüssigkeit eine weiſse Schicht. Mikroskopisch untersucht bestand diese Schicht aus rechteckigen und elliptischen unter sich durch Glieder verbundenen Zellen; in der Mitte sah man zahlreiche runde Zellen und hier und da Fäden mit allen Eigenschaften von Hyphen. Die Zellen waren von einer hyalinen Membran umgeben und enthielten ein homogenes Protoplasma mit stark lichtbrechenden Körnchen. Die Untersuchung im hängenden Tropfen ergab, daſs es sich nicht um ein Hypho-, sondern um ein Blastomycet handelte, welches er denn auch auf Gelatine und Agar kultivieren konnte. — Gelatinekulturen: Oberflächliche Kolonien etwas erhaben, mit scharfen, zuweilen unregelmäſsigen Rändern; die tieferen Kulturen rund und von grauweiſser Farbe. Bei ganz schwacher Vergröſserung haben die ersteren eine rundliche Form mit unregelmäſsigen Grenzen, sind gekörnt und von graugelblicher, an der Peripherie sehr glänzender Farbe, die letzteren haben dieselben Eigenschaften wie die ersteren, sind nur etwas gröſser. Die Gelatine wird verflüssigt. — Agarplatten: Die Kolonien sehen nach 48 Stunden aus wie die in Gelatine. Bei ganz schwacher Vergröſserung sieht man von den Rändern der Kolonien zuweilen Fortsätze abgehen. Bei starker Vergröſserung sehen diese aus wie Hyphen ohne Befruchtungsorgane und aus rechteckigen oder elliptischen Zellen bestehend, die zuweilen lichtbrechende Körnchen enthalten. In Bouillon mit Traubenzuckerzusatz sieht man nach 24—48 Stunden ein üppiges Pilzwachstum auf dem Boden des Reagensröhrchens; die Flüssigkeit bleibt dabei klar. Hängender Tropfen: In demselben lassen sich alle Entwickelungsphasen verfolgen. An einer peripher gelegenen Stelle der Mutterzelle entsteht eine Knospe, die an Volumen zunimmt; dasselbe geschieht sodann an einem anderen Punkte. Diese Tochterzellen erzeugen ihrerseits wieder andere Sprossungen, so daſs Ketten von 4, 6, 8 und mehr mit dem Leibe der groſsen Mutterzelle verbundenen Zellen entstehen. Die glänzenden Körner nehmen an der Vervielfältigung nicht teil, weſshalb man sie auch weder als Kerne noch als Sporen betrachten darf. Das Ferment entwickelt sich reichlich in Agar und Gelatine, auch wenn diese keinen Zucker enthält, und zwar sowohl in Stich-, als in Strichkulturen. Längs der Strichlinie bildete sich auf Gelatine eine meist trockene, milchweiſse, nicht sehr erhabene Schicht mit gezackten Rändern, die niemals die ganze Oberfläche des Nährbodens einnimmt. Auf Agar ist diese Schicht dicker und erhabener, milchweiſs, glänzend und feucht, mit wenigen oberflächlichen Wellenbildungen; die Kolonie nimmt in wenigen Tagen den gröſsten Teil der Oberfläche ein. Im hängenden Tropfen untersucht, erweisen sich diese Kolonien als

zusammengesetzt aus dicken runden oder ovalen Zellen mit doppeltkonturierter Kapsel und lichtbrechenden Körnern. Einige von den ovoiden Zellen tragen ein oder zwei mycelartige Fäden mit lichtbrechenden Körnern im Innern. — Kartoffeln: Sehr erhabene Schicht ohne Glanz und Feuchtigkeit, von grauweifser Farbe mit gezackten Rändern, wellenförmiger und höckeriger Oberfläche. Im hängenden Tropfen sieht man sehr voluminöse Zellen, die wenigstens doppelt so grofs sind als in den anderen Kulturen; sie sind mit einer sehr dicken Membran versehen, enthalten viele Körnchen oder Vakuolen; Hyphen sieht man nur ganz wenige oder gar keine.

Experimente an Meerschweinchen: Die Tiere starben 15, 20, 25, 30 Tage nach der Impfung in die Peritonealhöhle mit folgenden pathologisch-anatomischen Erscheinungen: Keine Veränderungen an der Inokulationsstelle; starke Vergröfserung der inguinalen und axillaren Lymphdrüsen beider Seiten; zahlreiche miliare Knötchen im Netze; enorme Vergröfserung der mesenterialen Lymphdrüsen, welche eine graulichweifse Farbe zeigen und sehr konsistent sind; normales Aussehen von Leber und Nieren; zahlreiche weifsliche Knötchen in der Milz; Hepatisation der Lungen. Frische Präparate: In der trüben Flüssigkeit von der Schnittfläche erkrankter Lymphdrüsen hat Verfasser neben den Gewebselementen spärliche Blastomyceten mit hyalinem Hofe, lichtbrechender Kapsel, homogenem Protoplasma und lichtbrechenden Körnchen beobachtet; dazwischen glasartige, stark lichtbrechende Massen, welche auch im Zungenepitheliom und in den metastatischen Lymphdrüsen des Mammasarkoms konstatiert worden waren und ähnlich aussahen wie die degenerierten Blastomyceten in Ovarialsarkomen und wie das Saccharomyces von Sanfelice. Einzelne derselben waren rund, andere ovoid oder rechtwinklig; ihre Gröfse variierte von den Dimensionen eines Leukocyten bis zu derjenigen einer gröfseren Hornzwiebel in Hautepitheliomen, aufserdem waren sie von konzentrischen, sehr lichtbrechenden Ringen oder nach allen Richtungen verlaufenden Streifen durchzogen. Mitten in diesen Massen waren Gebilde zu sehen, welche die Form von Parasiten noch beibehalten hatten; andere waren in Sprossung begriffen; dieselben zeigten die Reaktionen des Saccharomyces lithogenes und der anderen von ihm im Adenocarcinom des Ovariums beschriebenen Parasiten. Schnitte: Man findet Parasiten in allen Organen, jedoch nur in geringer Anzahl. Die zahlreichsten sind in den Lymphdrüsen, wo die Jugendformen aus einer lichtbrechenden, zuweilen gefärbten Kapsel, einem äufseren hyalinen achromatischen Hofe und einem homogenen oder körnchenhaltigen Protoplasma bestehen. Die in Form einer sehr lichtbrechenden, gläsernen Masse degenerierten Parasiten sind besonders zahlreich in den Nieren, wo sie ein rundes, ovoides, rechteckiges oder cylinderförmiges Aussehen haben. Die Reaktion der Gewebe gegenüber den Parasiten trägt den Charakter einer Neubildung und nicht eines entzündlichen Prozesses, indem die Proliferation der fixen Bindegewebselemente bedeutend und die Ansammlung weifser Blutkörperchen sowohl um die Parasiten herum als im neugebildeten Gewebe gering ist. Verfasser erklärt aber, dafs zwischen den Läsionen beim Menschen und denen beim Meerschweinchen keine Analogien bestehen. Dieser Umstand spricht aber nach seiner Ansicht nicht gegen die parasitäre Theorie, weil ein Pilz, der beim Menschen eine gewisse Infektion erzeugt, keineswegs bei einem Tiere einer anderen Species notwendig eine gleichartige Läsion hervorzurufen braucht. Hierfür liefert bekanntlich ein Argument der Fränkelsche Diplococcus, der beim Menschen Lungenentzündungen, Meningitis, Gelenkeiterungen und Peritonitis, beim Kaninchen und dem Meerschweinchen hingegen eine in 24—30 Stunden verlaufende Septicaemie verursacht. Der Verfasser verlegt sein Blastomycet bei der Klassifikation zwischen die erste und zweite Gruppe der von Sanfelice aufgestellten Einteilung der Fermente und nennt es Blastomyces vitrosimile degenerans. (Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. Juni 1897.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin).

Herr Ötreicher demonstriert ein Kind von 1¼ Jahren, das zwei verschiedene Erkrankungsformen auf seiner Hautdecke neben einander aufweist. Man sieht überall kleine, etwa hirsekorngroße Knötchen von blauroter Farbe, welche zum Teil an der Spitze eine kleine Einsenkung zeigen, und daneben Urticaria ähnliche Quaddeln, welche auf der Höhe kleine Bläschen tragen; und zwar sind die Knötchen vor den Quaddeln dagewesen. Während das als Urticaria infantilis (Strophulus, Blaschko) beschriebene Bild hiermit übereinzustimmen scheint, liegt nach Herrn Ötreichers Meinung hier Lichen vor, der wegen der Quaddeln als **Lichen urticatus** zu bezeichnen ist; andererseits käme die Diagnose einer beginnenden Prurigo in Frage. Vortragender hat in letzter Zeit in der Kinder-Poliklinik von Dr. Neumann häufig Lichen ruber, meist acuminatus, seltener planus, bei ganz kleinen Kindern gesehen, ohne daß in den Lehrbüchern über Kinderkrankheiten etwas davon zu finden wäre.

Herr Blaschko hält den Prozeß für einen einheitlichen und zwar für eine schwerere Prurigoform, beginnend mit urticariellen Erscheinungen (Urticaria infantilis oder Strophulus). Hierbei können, namentlich infolge des Kratzens, alle möglichen Erscheinungen auf der Haut auftreten, sowohl Urtication, wie Lichenisation. Nicht jede Lichenisation, die im Gefolge der Urtication auftritt, ist als besondere Lichenerkrankung aufzufassen. — Herr Joseph hält Prurigo für vorliegend. — Prof. Lassar tritt für die Diagnose Lichen ruber ein, zu welchem symptomatisch, da bei Kindern die Reizerscheinungen viel heftigere sind, Urticaria hinzugetreten ist. Nachdem er in letzter Zeit bei kleinen Kindern sein Augenmerk mehr auf Lichen gerichtet hat, haben sich manche unter Prurigo gehende Fälle als Lichen entpuppt. — Prof. Lesser ist derselben Ansicht. — Herr Ötreicher bemerkt gegenüber Herrn Blaschko, daß die Knötchen vor der Urticaria dagewesen seien, daß sie solide sind und keinen serösen Inhalt haben.

Herr Blaschko stellt einen jungen Mann mit **Dermatitis herpetiformis Duhring** vor. Derselbe hat seit 3 Jahren in Zwischenräumen wiederholt Eruptionen von kleineren und größeren Blasen am Körper und im Gesicht bekommen, welche stark jackten und aufgekratzt sekundär impetiginöse Wundflächen bildeten. Auch jetzt zeigt der Patient solche impetiginösen Borken besonders am Kinn, während an einer Ohrmuschel eine frische Blaseneruption von deutlich herpetischem Charakter zu sehen ist. — Ätiologisch ist nichts zu eruieren. — Unter Schwefelbädern sind die impetiginösen Stellen gut abgeheilt.

Prof. Lassar teilt zur Warnung aus seiner Praxis mit, daß eine Dame ein erschreckendes **toxisches Exanthem nach Gebrauch von Aureol** zur Haarfärbung bekommen habe. — Herr Richter führt ein solches Accident auf die Waschung mit zu konzentrierter Sodalösung zurück.

Herr Berger stellt einen Patienten mit einer **fleckigen Alopecie** des behaarten Kopfes nach eitriger Folliculitis capillitii vor und erwähnt aus seiner Praxis einen zweiten Fall von vulgärer **Psoriasis nach traumatischer Basisfraktur** und Commotio cerebri.

Herr Ledermann erwähnt bei dieser Gelegenheit eines von ihm beobachteten Falles von ausgedehnter **Alopecie nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen.** Herr Meissner glaubt auf Grund seiner Erfahrungen und seiner Versuche an Kaninchen solche Alopecien nach Durchleuchtung nicht sowohl auf die Wirkung der Röntgenstrahlen, als vielmehr auf die Nähe der mit hochgespannten Elektrizitäten geladenen Induktoren zurückführen zu müssen. — Prof. Lesser hat eine durch eine Bleimanchette abgegrenzte Partie seines Vorderarmes den Röntgenstrahlen zweimal 15 Minuten lang in 10 cm Entfernung ausgesetzt und in der That an dieser Stelle die Haare ausfallen sehen. Sie wuchsen jedoch nach 3 Wochen wieder, sodafs diese Eigenschaft der Röntgenstrahlen sich therapeutisch nicht verwerten läfst.

Herr Mayer stellt ein junges Mädchen vor, welches über dem rechten Ohr, zur Hälfte der Kopfhaut, zur Hälfte dem Gesichte angehörend, einen papillomatösen oberflächlich ulcerierten Tumor von Kleinapfelgröfse trägt. Derselbe ist aus einem angeborenen **Naevus pilosus verticosus** hervorgegangen (wahrscheinlich infolge der fortgesetzten Reize durch den Kamm) und in den letzten 2 Monaten rapide gewachsen.

Das zweite junge Mädchen mit Tumoren der Kopfhaut leidet an **Mykosis fungoides** und ist im Juni vorigen Jahres von Herrn Schreiber bereits vorgestellt. Trotzdem der erste grofse Tumor an der Stirn wegen Ulceration, Eiterung und Blutung glücklich exstirpiert worden ist und Arsen innerlich gegeben wurde, hat die Krankheit weiter um sich gegriffen und haben sich in der Umgebung der Narbe neue Tumoren entwickelt, während zugleich im Gesicht und am Nacken das Anfangsstadium, erythematöse Infiltration, zu erkennen ist.

Herr Lassar reicht im Anschlufs an diesen Fall das stereoskopische Bild desselben herum, welches er, um es lebendiger zu gestalten, farbig gemacht hat, indem er das auf Glas genommene Diapositiv mit Anilin-Lasurfarben tingiert hat.

Herr Ledermann zeigt einen Fall von ausgedehnten, **stark juckenden Pigmentationen** bei einem Epileptiker. Der 25jährige junge Mann (ein Gärtner) ist seit seiner Kindheit epileptisch und geistig zurückgeblieben. Seit 2 Jahren bemerkte er eine mehr und mehr zunehmende Pigmentierung in den Gelenkbeugen, besonders in der Achselhöhle, der Ellen- und Leistenbeuge, weniger in der Kniekehle. Aufserdem zeigt er einen ziemlich dunklen Teint an den der Luft ausgesetzten Stellen, Gesicht und Hals. Seit etwa 8 Wochen empfindet er an diesen Stellen ein heftiges Jucken, welches die Grenzen der Pigmentierungen nicht überschreitet. Daneben besteht eine deutliche rechtsseitige Acusticus-, Facialis- und leichte Abducens-Parese, während auf der linken Körperhälfte komplette Hemianästhesie und seit 2 Tagen auch eine leichte Hemiplegie des linken Armes und linken Beines besteht. Als Ursache dieser gekreuzten Lähmung nimmt der Nervenarzt Dr. Rothmann einen Tumor im Pons an. Es fragt sich nun, ob die **Hautpigmentationen** mit den cerebralen Erscheinungen im Zusammenhange stehen. Möglicherweise handelt es sich um einen Tuberkel im Pons, dann könnte auch Tuberkulose anderer Organe, z. B. der Nebennieren, mit vorliegen, deren Erkrankung unter dem Bilde des Morbus Addisonii zu Pigmenthypertrophien führt; freilich spräche das Jucken hiergegen. Vortragender hat auch daran gedacht, ob nicht eine lichenoide Erkrankung der Pigmentierung wie dem Jucken zu Grunde liege, hat aber irgend welche Knötchen nicht gefunden. Endlich dürfte auch eine medikamentöse Ursache nicht ganz auszuschliefsen sein, da er wegen seiner Epilepsie schon viel Arsen und Brom bekommen haben dürfte. — Hysterie besteht nicht.

Herr Bruck hat den oto-laryngoskopischen Befund aufgenommen: auf dem rechten Ohre ist die Perception für Flüstersprache auf 20 cm heruntergegangen, für Töne gänzlich erloschen. Ferner weicht die Uvula etwas nach links ab und giebt das linke Stimmband einen geringeren Ausschlag bei der Abduktion. Ein Befund, der

die Annahme eines Tumors im Pons stützt. — Herr MANKIEWICZ erinnert daran, daſs in den epileptischen Krämpfen Blutergüsse unter die Haut vorkommen, welche Pigmentationen hinterlassen können. — Herr HELLER hält die Pigmentierung für eine Folge einer Hyperidrosis.

Herr LEDERMANN stellt dann weiter vor: 2. einen Fall von seit **30 Jahren bestehender Sklerodermie beider Beine**. Unterschenkel und Füſse zeigen Induration, Oberschenkel ausgesprochene Atrophie; 3. ein 10jähriges Mädchen mit einem **Primäraffekt auf der rechten Tonsille** und Sekundärerscheinungen; 4. einen Patienten mit einer seit 3 Jahren am Bauch und Rücken recidivierenden, nicht juckenden Affektion, bestehend aus blaſsroten, teils isoliert, teils circinär und serpiginös angeordneten Papeln, welche einer Urticaria perstans ähneln; da sie nicht jucken, bezeichnet er sie als **Erythema papulatum**.

Herr HELLER stellt ein Dienstmädchen mit einer eigentümlichen **Nagelerkrankung** zur Diagnose vor. Der Rand der Fingernägel ist aufgeriffelt und gelockert und durch Eindringen von Staubpartikelchen entfärbt, und der distale Teil der Nagelplatte ist nicht wie sonst konvex, sondern konkav, so daſs die Ecken höher liegen als die Mitte; die so entstehende Vertiefung kann man am 2. und 3. Finger mit einem Wassertropfen ausfüllen. Ätiologisch ist nichts in Betracht zu ziehen.

Prof. LASSAR zieht in Erwägung, ob nicht Trichophytie vorliege, da diese ja ohne irgend welche sonstigen Erscheinungen am Körper an den Nägeln allein vorkommen könne. — Herr HELLER führt hiergegen an, daſs der Nagel im hinteren Teil normal sei.

Herr PLONSKI stellt den in der vorigen Sitzung gezeigten alten Herrn mit dem **melanotischen Tumor an der Wange** nach der von Herrn LASSAR mit dem Paquelin erfolgreich ausgeführten Operation wieder vor.

Prof. LASSAR stellt einen aus Rufsland zugereisten Patienten mit unklaren Krankheitserscheinungen vor. Die Haut an der Stirn über den Augenbrauen zeigt rundliche Wulstungen, während die Ohrmuscheln, besonders die linke, starke elephantiastische Verdickungen aufweisen. Die ersten Erscheinungen auch in seinem Gesamtbefinden sind 1885 aufgetreten und haben allmählich zugenommen. Nervensystem und Digestion sind normal, dagegen ist Patient anämisch, leidet an Leberschwellung und Milzschwellung, leichtem Ikterus und zeigt ein leichtes Ödem der Augenlider, seine Stimmung wird bald von dem Gefühl des Krankseins beherrscht, bald von Apathie. Der Verdacht, daſs es sich um Lepra handelt, wurde durch die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückes, in welchem trotz aller möglichen Färbungen Leprabacillen nicht gefunden wurden, nicht gestützt. — Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden. — Die Glandula thyreoidea ist normal.

Herr Prof. LESSER regt an, ob es sich nicht um leukämische oder pseudoleukämische Tumoren handelt. — Prof. LASSAR will die Möglichkeit nicht ausschlieſsen. — Herr BLASCHKO fragt, ob die histologische Untersuchung aufser dem negativen Resultat betreffs der Bacillen nicht auch gewisse positive Anhaltspunkte nach anderer Richtung ergeben habe, z. B. in Bezug auf Myxödem. Der apathisch-melancholische Gesichtsausdruck, sowie die brettharte Infiltration der Ohrmuscheln stimme mehr zu Myxödem als zu Lepra, gegen welche auch das Fehlen eigentlicher Tubera sowie anderer Veränderungen der Hautdecke (z. B. an den Augenbrauen), die bei 12jährigem Bestande, sowie bei so erheblichen Veränderungen der inneren Organe zu erwarten wären. — Herr MEISSNER weist darauf hin, daſs in solchen Fällen, wo Bacillen nicht gefunden werden, der Befund an den elastischen Fasern Aufschluſs gebe, ob ein destruierender Prozeſs, wie die Lepra, vorliege oder ein anderer, wie Myxödem und

Elephantiasis. — Prof. Lassar dankt für die ihm gewordenen Anregungen. Gegen Myxödem spreche das Vorhandensein der Glandula thyreoidea.

Herr Blaschko: Mikroskopische Demonstrationen von a) **Lepracarcinom**, b) **Gummicarcinom**, c) **Lupuscarcinom**. — Die ersten Präparate stammen von einem Leprösen, dem Herr Dr. Bendikowski in Memel vor etwa 4 Monaten ein scheinbar carcinomatöses Geschwür der Unterlippe exstirpiert hat, welches er dem Vortragenden zur Untersuchung zugeschickt hat, ob es sich um Carcinom oder lepröses Ulcus handele. Man sieht nun unter dem Mikroskop, dafs ein auf leprösem Boden entstandenes Carcinom vorliegt: auf der einen Seite die carcinöse Haut mit den Haarbälgen und den Epithelzellennestern, auf der andern kleine lepröse Infiltrate mit Leprabacillen, einzeln und in Zellen eingeschlossen. — Das Gummicarcinom hat Herr B. einem Patienten exstirpiert, der mit einem etwa 10-pfennigstückgrofsen Geschwür an der Unterlippe zu ihm kam, welches angeblich wiederholt dagewesen und nach Hg-Kuren wieder geheilt sein sollte. Als das Geschwür infolge einer neuerlichen Schmierkur beinahe ganz überhäutet war, entzog sich der Patient der Behandlung, um nach ¼ Jahr mit einem sehr viel gröfseren Recidiv wiederzukehren. Ein zur Probe excidiertes Stück ergab bei der histologischen Untersuchung, wie in den aufgestellten Präparaten zu ersehen ist, nunmehr Epithelzellennester neben kleinzelliger gummöser Infiltration. — In dem dritten Falle handelte es sich um einen seit 32 Jahren bestehenden, von der Stirn bis in den Nacken gehenden Lupus, der mit Pyrogallussalbe erfolgreich behandelt war. Nachdem er 4 Monate fortgeblieben war und sich auf eigene Faust mit Pyrogallussäure behandelt hatte, kehrte er mit einem markstückgrofsen Geschwüre wieder, das sich als Carcinom erwies und exstirpiert wurde. Bei dem Lupuscarcinom unterscheidet man das auf dem eigentlichen Lupusgewebe entstehende Carcinom von dem aus der Lupusnarbe (entsprechend dem aus traumatischen Narben) hervorgehenden. Das vorliegende Übersichtspräparat zeigt eine Mischung beider Formen, indem das Carcinom in die Lupusnarbe hineingewachsen ist. An diesen Stellen zeigt es dendritisch verzweigte, schlauch- und keulenförmige Alveolen wahrscheinlich infolge der eigentümlichen Beschaffenheit des Bodens; hier finden sich auch im Gegensatz zu dem andern Teil keine elastischen Fasern. — Vortragender bemerkt hierbei, dafs gerade solche Fälle, wo auf einem schon pathologisch veränderten Boden das Carcinom sich ausbilde, gegen die Cohnheimsche Theorie von seiner Entstehung aus versprengten embryonalen Keimen und für seine parasitäre Natur sprechen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 2. (14.) Mai 1897.

(Originalbericht von A. Jordan-Moskau.)

1. Prof. Pospelow stellt einen Patienten mit **Aktinomykosis bei gleichzeitigem Vorhandensein von sekundärer Syphilis** vor, so dafs die Aktinomykosis zu Verwechselung mit letzterer hätte Anlafs geben können. Das Mikroskop sicherte die Diagnose. Die Behandlung mit grofsen Dosen Jodkalium ist bisher resultatlos gewesen.

2. Speranski stellt einen 37jährigen Patienten mit **syphilitischen Knochenaffektionen** vor. Auf dem Stirn-, wie einem Scheitelbein finden sich bis auf den Knochen reichende gummöse Erscheinungen und aufserdem zeigt Patient Verkürzungen beider Zeigefinger und des Mittelfingers der rechten Hand, welche Speranski auf abgelaufene Osteomyelitis syphilitica zurückzuführen geneigt ist.

Pospelow demonstriert im Anschlufs hieran pathologisch-anatomische Präparate von Osteomyelitis syphilitica aus dem Museum des Mjafsnitzky-Hospitals und stimm der Speranskischen Annahme bei.

3. Fokin als Gast bespricht an der Hand von Moulagen und mikroskopischen Präparaten einen von ihm in einer früheren Sitzung vorgestellten Fall von **Sarkoma cutis multiplex**. Als Besonderheiten dieses Falles werden erwähnt: 1. Die Schmerzlosigkeit der Affektion, 2. das Beschränktbleiben auf den linken Unterarm und die linke Handwurzel, 3. das langsame Wachstum.

4. Nikulin demonstriert die Moulage und mikroskopischen Präparate eines Falles von **Tuberculosis cutis verrucosa** auf dem linken Unterschenkel und dem linken Fufs einer 17jährigen Patientien.

Lurz, welcher die pathologisch-anatomische Untersuchung dieses Falles vorgenommen hatte, bestätigt die Diagnose auf Grund des Befundes von miliarer Infiltration mit Riesenzellenbildung im Zentrum der frischen Knoten und von käsigen Veränderungen und Bindegewebsbildung bei älteren Knoten.

5. Pospelow demonstriert **mikroskopische Präparate von Acanthosis nigricans.**

6. Vortrag von Lichatschew und Orlow: **Zur Statistik der Lokalisation des Trippers bei den Prostituierten.** Die beiden Verfasser untersuchten in 262 Fällen die Genitalsekrete und kamen dabei zu folgenden wichtigen Schlüssen: a. die schleimige Beschaffenheit der Absonderungen aus den Genitalien beweist noch nicht ihre Ungefährlichkeit. b. Die Lieblingsstellen für die Gonokokken sind der Cervixkanal und die Bartholinischen Drüsen. c. Die Gonokokken können sich lange, bevor sie in der Urethra auftreten, in den die Urethra umgebenden Drüsen finden. d. Die Möglichkeit eines selbständigen Vorkommens von Gonokokken auf den kleinen Schamlippen wie in der Scheide ist nicht ausgeschlossen. e. Die Gonokokken allein können Abscesse der Drüsen hervorrufen.

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

35. Sitzung.

1. Dr. Morton stellte den folgenden Fall vor: Die 46jährige Patientin war immer gesund gewesen, hatte zuletzt mit 30 Jahren menstruiert und war vor der jetzt bestehenden Krankheit niemals von irgend einer Hautaffektion befallen gewesen. Seit mehreren Jahren ist ihre Nase immer mehr oder weniger rot gewesen; zeitweilig waren auch einige Papeln auf einer geröteten Grundfläche hervorgetreten. Diese Papeln erweiterten sich selten oder niemals, sondern verschwanden im Laufe der Zeit unter Hinterlassung einzelner Narben an den betreffenden Stellen. Dieser Vorgang hat sich auch auf die Wange in engem Anschlufs an die Erscheinung eines Lupus erythematosus ausgedehnt. Die erkrankte Haut ist hellrot, und es besteht ein erhebliches Jucken und Brennen. — Redner neigt zu der Ansicht, dafs es sich hier um einen **ungewöhnlichen Fall von Lupus erythematosus** handelte wegen der Lokalisation, der Schuppenbildung und des Vorhandenseins von gewissen, wie es schien, aus Sebum bestehenden Pfröpfen auf der unteren Fläche der Schuppen.

Dres. Sherwell und Winfield stimmten dieser Diagnose nicht bei, sondern meinten, dafs ein Fall von Akne rosacea vorliege. Dr. Winfield glaubte ferner, es dürfte hier irgend ein Genitalleiden mit im Spiele sein, denn auf Befragen hatte die Kranke über ein gewisses Unbehagen und Schmerzen in der Beckengegend geklagt. Er habe oft gefunden, dafs manche von diesen Aknefällen durch Störungen in den Beckenorganen bedingt waren, und habe es sich deshalb zur Regel gemacht, alle solche Fälle genau zu untersuchen. Wenn er dann seinen Verdacht auf ein inneres Leiden bestätigt fand, liefs er die Kranken sich an einen Gynäkologen wenden, wobei es öfters eintrat, dafs dessen Behandlung an sich ohne irgend welche dermatologische Mittel die Rosacea beseitigte.

2. Dr. Morton berichtet über einen 45jährigen Mann, welcher schon einige Zeit, ehe er zum Arzte kam, an **Schmerzen und Beschwerden bei der Urinentleerung** gelitten hatte. In letzter Zeit ist er fast ständig genötigt gewesen, einen Katheter zu gebrauchen. Bei dem Versuche, einen silbernen Katheter einzuführen, blieb die Spitze desselben an einem harten Gegenstand in der Pars prostatica hängen. Beim Zurückziehen des Instrumentes folgte ein kleines Stück Konkrement nach, und der Urin war noch einige Zeit hinterher mit Blut vermischt. Von Zeit zu Zeit wurden auch kleine Steinstückchen entleert. Im Sommer 1895 hielt er sich zur Erholung auf den Catskill Mountains auf und trank reichlich von dem Wasser einer klaren Gebirgsquelle. Medizinische Eigenschaften besafs dasselbe weiter nicht aufser seiner grofsen Reinheit und den erheblichen Mengen, welche Patient zu sich nahm; aber der Stein löste sich auf und ging in grofsen Portionen ab. Die Untersuchung per rectum und per urethram war jetzt nicht imstande, irgend welche zurückgebliebenen Fremdkörper nachzuweisen.

3. Dr. Morton zeigte ferner einen **Blasenstein**, der durch Operation an einem 16jährigen Knaben gewonnen worden war. Das Konkrement war ein gemischtes und hatte sich um ein Stückchen Holz gebildet, das wahrscheinlich zu masturbatorischen Zwecken in die Blase hineingeschoben worden war.

4. Dr. Morton zeigte noch einen Patienten mit **Epitheliom des Penis**. Der Krankenbericht lautet folgendermafsen: Der Patient war 62 Jahre alt. Das Praeputium war immer eng gewesen. Seit einem Jahre hatte er ein Knötchen an dem Frenulum bemerkt. Unter der engen Vorhaut entwickelte sich ein unangenehmes, übelriechendes Sekret. Seit länger als sechs Monaten hatte komplette Phimose bestanden. Bei der Untersuchung erschien das ganze Glied verdickt, die Leistendrüsen sind geschwollen. Es besteht ein kontinuierlicher Schmerz. Das Allgemeinbefinden ist aber ein sehr gutes. Vortragender beabsichtigt, den Penis zu amputieren und nötigenfalls die Leistendrüsen zu entfernen.

Dr. Fraser fragte, ob bei rechtzeitigem Beginn der Behandlung es nötig gewesen wäre, das Glied in solcher Ausdehnung zu entfernen. — Dr. Winfield sagte, falls das maligne Gewächs nur auf der Vorhaut lokalisiert war, würde die Cirkumcision ausreichen. Er sei der Ansicht, dafs es sich empfehle, alle Patienten mit kongenitaler Phimose zu cirkumcidieren, weil der durch das zurückgehaltene Sekret gesetzte Reiz so oft die Ursache von dieser und anderen Erkrankungen abgebe. Er mache es sich zur Regel, jede auch nur ein wenig enge Vorhaut zu entfernen, wenn venerische Warzen vorhanden sind.

Dr. Ragnor machte die Mitteilung, dafs das Kind, welches bei der Dezember-Sitzung mit **Ekzem und Phimose** vorgestellt wurde, sich nach der Cirkumcision sofort gebessert hatte und zur Zeit vollständig gesund sei. Äufsere Behandlung war dabei, in Anbetracht dessen, dafs es sich ausschliefslich um einen Reflexvorgang handelte, nicht in Anwendung gekommen.

36. Sitzung.

Der ganze wissenschaftliche Teil der Sitzung war der Demonstration und Besprechung von extragenitalem Schanker und Syphilis insontium gewidmet.

1. Dr. Sherwell stellt ein 14jähriges Mädchen vor, welches einen **Schanker der Wange** von einem mit kongenitaler Syphilis behafteten Kinde acquiriert hatte. Das Mädchen war zur Aufwartung des Säuglings bestellt worden und hatte häufig, um ihn zu beruhigen, sein Gesicht an das ihrige gelegt. Die primäre Läsion begann an dem Sitze einer alten Abschürfung. Es fanden sich die Anfänge eines Ausschlags und mehr oder weniger Anschwellung aller oberflächlichen Drüsen.

2. Dr. Sherwell schildert den Krankheitsverlauf bei einem Fall von **Schanker beider Brustwarzen.** Es handelte sich um eine Amme, die durch ein syphilitisches Kind infiziert wurde. Bei letzterem war der ganze Mund mit Plaques muqueuses angefüllt, und ein reichlicher Ausschlag war über den ganzen Körper verbreitet.

3. Dr. Morton stellte einen Mann vor, welcher einen **Schanker der Unterlippe** dadurch acquiriert hatte, dafs er aus einer Pfeife rauchte, welche von einer nachgewiesenermafsen an Syphilis erkrankten Person benutzt worden war.

4. Dr. Morton stellte einen Fall aus dem King's County Hospital vor. Der Patient, ein Arbeiter aus dem Stalle eines der grofsen Hotels dieser Stadt, war bis zur vorliegenden Erkrankung immer gesund gewesen. Über die Art und Weise, wie er sich das Leiden zugezogen haben mochte, konnte oder wollte er keine Angaben machen. Das erste Symptom, das bemerkt worden war, bildete eine „kleine Blüte" auf der Mittellinie der Oberlippe eben oberhalb der Schleimhautgrenze. Die Affektion nahm rapide zu, und bald nachher war auch die Unterlippe affiziert. Bei der ersten Konsultation hatte der Schanker bei geschlossenen Lippen einen Umfang wie ein Fünfcentsstück. Sämtliche oberflächlichen Drüsen, namentlich diejenigen am Halse, waren vergröfsert, und es war auch eine beginnende Roseola zu konstatieren.

5. Ferner berichtete Dr. Morton über einen Fall von **Lippenschanker,** welcher durch das Aussaugen der Brüste per os von einer Frau, deren Kind an Syphilis gestorben war, akquiriert wurde.

6. Dr. Ragnor demonstrierte einen Patienten mit **Lippenschanker,** bei welchem anamnestisch absolut kein Nachweis über den Modus der Infektion zu eruieren war. Der spätere Verlauf des Leidens bestätigte die Diagnose der Lippenaffektion.

7. Dr. Winfield trug die Krankengeschichte eines von ihm behandelten Studenten vor, welcher sich die Infektion dadurch zugezogen hatte, dafs er die Pfeife eines seiner Kameraden benutzt hatte. Das **Primärsyphilid ist auf der Unterlippe** lokalisiert, wo vorher ein Herpes bestanden hatte. Da letzterer nicht heilen wollte, sah sich der Patient veranlafst, Redner zu konsultieren. Die Diagnose Schanker wurde durch sekundäre und auch tertiäre Symptome bewahrheitet.

8. Dr. Winfield stellte ferner einen jungen englischen Knaben vor, bei dem durch Mifsbrauch eine **Primärläsion des Anus** bestand.

Weitere Fälle von extragenitalem Primärsyphilid wurden von Dres. Napier, Fraser, Jewett, Ragnor u. a. erwähnt und demonstriert.

Bei der Diskussion äufserte sich Dr. Sherwell dahin, dafs seines Erachtens extragenitale Schanker im Verhältnis von 15 bis 20 v. H. vorkommen. Dr. Morton hält das Verhältnis nicht für so hoch, aber Dr. Winfield meinte, dafs die Syphilis insontium im Zunehmen begriffen zu sein scheine, es müfste denn sein, dafs er mehr derartige Fälle als früher in Behandlung bekäme; jedenfalls war er geneigt, Dr. Sherwells Angabe für so ziemlich zutreffend zu erachten.

(Nach Diktat.) James Mc Farlane Winfield, M. D., Schriftführer.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Remscheid.)

Fachzeitschriften.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1897. Heft 2.

I. **Übersicht über die Haut- und Geschlechtskrankheiten bei den Eingeborenen Algiers**, von L. Raynaud-Algier. Eine kurze Zusammenstellung der in Algier vorkommenden Dermatosen; allerlei kulturgeschichtliche Einzelheiten erhöhen noch das Interesse an den Mitteilungen. Wir erfahren, dass trotz der grofsen Unreinlichkeit der Muselmänner die gewöhnlichen Hautkrankheiten nicht gerade häufig vorkommen und unter 300 Patienten der dermatologischen Poliklinik des Hôpital Mustapha zu Algier befanden sich z. B. nur 75 Eingeborene, darunter 18 mit Krätze, 4 mit Lupus und Hauttuberkulose, 3 mit Lepra. Die Elephantiasis scheint immer seltener zu werden, dagegen werden die Araber in den Gefängnissen sehr schnell von schweren Formen der Skrophulose befallen. Desgleichen richtet die Syphilis unter den Eingeborenen viel schlimmere Verheerungen an als unter den Europäern. Weitere Einzelheiten wolle man im Original nachlesen; man wird sich für seine Mühe belohnt finden.

II. **Über fehlerhafte Epidermisation und über Pseudo-Komedonen**, von Ch. Audry. Hautgeschwüre, die von subcutan gelegenen tuberkulösen Herden herrühren, heilen oft unter Bildung von entstellenden Narben. Einmal weisen diese Narben zuweilen grofse schwarze Punkte auf, die wie Komedonen aussehen, in Wirklichkeit aber nur aus Epidermistrümmern bestehen und mit Drüsen nichts zu thun haben. Und zweitens ziehen über solche Narben zuweilen kleine fadenförmige Brücken hin; oder am Rande der Narben befinden sich kleine Klappen (volet), deren freier Rand und deren beide Flächen mit Epidermis überzogen sind; oder endlich findet man kleine, ganz von Hornschicht ausgekleidete und mit schwarzen Krümeln gefüllte Höhlen (terrier). Alle diese Gebilde, die man aus kosmetischen Gründen zu entfernen hat, sind Überreste der erstmaligen Epidermis. Sie sind bei dem Ulcerationsprozefs verschont geblieben und unter ihnen hat sich frisches Narbengewebe gebildet.

III. **Zwei Fälle von aufsergewöhnlichen Komplikationen des Trippers**, von Bogdan-Jassy. In dem einen Fall stellte sich 12 Wochen nach einem anscheinend geheilten Tripper eine periurethrale Phlegmone ein, die mit einer ungeheuren Verdickung des Gliedes einherging, äufserst schmerzhaft war und nach etwa 14tägigem Bestand eröffnet wurde. Danach erfolgte bald völlige Heilung. Im andern Fall handelte es sich um eine Gangrän beider Hoden. Der 52jährige Patient hat seit 24 Jahren einen blennorrhoischen Ausfluss ohne sonstige Komplikationen. Ohne jeden nachweisbaren Anlafs nimmt dieser Ausfluss plötzlich einen akuten Charakter an und macht Schmerz beim Urinieren. Wenige Tage später gesellt sich dazu eine Entzündung des linken Hodens, die rasch an Heftigkeit zunimmt und mit umschriebener Gangrän endet. Der Ausfluss, der während des Bestehens der Orchitis ganz aufgehört hatte, kehrt nach der Heilung sofort wieder. Einige Wochen später wiederholte sich der Vorgang genau so auf dem rechten Hoden, nur dafs sich diesmal nach der Heilung der gangränösen Orchitis kein Ausfluss wieder zeigt.

IV. **Zwei harte Schanker kurz hintereinander bei dem nämlichen Individuum**, von Ch. Audry. Ein Mann von 54 Jahren bekam nach Verkehr mit einer luetischen Frau im Dezember 1896 einen harten Schanker an der linken Seite der

Vorhaut mit Anschwellung der linksseitigen Leistendrüsen. Im Januar 1897, als dieser Schanker schon vernarbt war, die Härte aber noch bestand, bildete sich auf der rechten Oberlippe ein zweites spezifisches Ulcus durum. Gleichzeitig bestand Roseola papulosa. A. nimmt an, dass Patient bei Entstehung des zweiten Geschwüres noch nicht immunisiert war.

V. **Dreizehn weiche Schanker bei einem Krätzkranken**, von Rey-Toulouse. Die Schanker saſsen sämtlich extragenital, 12 auf den beiden Oberschenkeln, einer auf der Bauchwand unterhalb des Nabels; auſserdem befand sich noch einer auf der Vorhaut.

VI. **Verlust fast aller Augenwimpern im Anschluſs an Syphilis**, von Iversenc. Der Fall betraf ein 22jähriges Mädchen. Die Cilien fielen ohne Spur von Entzündung aus. Als sie nach beendeter Schmierkur geheilt aus der Klinik entlassen wurde, hatte sie an dem linken oberen und unteren Augenlid nur noch je eine, rechts im ganzen nur 3—4 Wimpern; es zeigte sich aber schon wieder junger Nachwuchs.

VII. **Über das Naevo-Carcinom**, von E. Tailhefer-Toulouse. T. handelt nur von dem Naevus pigmentosus und dem Molluscum pendulum; das Angioma bleibt in dieser Arbeit unberücksichtigt. Seine Untersuchung gilt namentlich der Histologie des Pigment-Naevus, der sich anatomisch von dem Molluscum pendulum nicht unterscheidet, und T. giebt uns eine Histologie dieses Naevus sowohl wenn er noch frei von klinisch nachweisbaren Symptomen ist, wie auch, nachdem er Anlaſs zur Entwicklung von Tumoren gegeben hat. Verfasser lehnt sich dabei eng an die Unnaschen Anschauungen an und spricht sicht sich entschieden im Sinne des epithelialen Ursprungs der Naevi aus; denn die intracutanen Zellen des Muttermals sind epithelialer Natur, wenn sie auch mit gewissen Entzündungszellen viele Ähnlichkeit haben; sie können in Alveolen eingebettet sein und unterscheiden sich dann in nichts — was Verf. besonders betont — von den Nestern des Alveolarkrebses. T. führt zum Belege hierfür eine eigene Untersuchung an. Er pflichtet also auch hierin Unna bei, daſs die intercutane Naevuszelle und die Zelle eines Alveolarkrebses, der sich auf einem Naevus entwickelt hat, anatomisch zwei vollkommen gleichwertige Gebilde seien, zwei Epithelzellen nämlich, die sich nur durch die Form unterscheiden; die Bezeichnung Naevocarcinom sollte daher nicht nur, wie Unna verlangt, den Geschwülsten, die auf einem Naevus wachsen, beigelegt werden, sondern auch dem Naevus selber, da dessen Cutis ein richtiges Carcinom enthält. Gefährlich für den Organismus kann auch das „histologische Naevocarcinom“ — der einfache Naevus — werden, wie durch Mitteilung eines weiteren Falles belegt wird. Das Melanosarkom läſst T. folgerichtig nicht gelten, es handle sich immer nur um Epithelioma; dieser Irrtum, diese irrige Auffassung sei nur dadurch entstanden, daſs die Epithelzellen des Naevus infolge unbekannter Einflüsse häufig viel Ähnlichkeit mit Sarkomzellen bekommen. Völlig von der Hand weist er die Kromayersche Ansicht, der die intracutanen Naevuszellen zwar als Epithelzellen anerkennt, aber meint, dass sie sich unter Umständen in Bindegewebs- und Sarkomzellen umwandeln könnten. Mit der Cohnheimschen Theorie sucht sich der Verfasser zum Schluss so gut wie möglich abzufinden.

VIII. **Myelitis im Verlauf einer Syphilis bei gleichzeitig bestehender Brightscher Niere**, von Iversenc-Toulouse. Dieser Fall ist insofern bemerkenswert, als der Verfasser sich trotz der bestehenden Nierenerkrankung nicht abhalten lieſs, die syphilitische Myelitis mit hohen Gaben von Quecksilber und Jodkalium zu behandeln. Es wurde wochenlang mit geringen Unterbrechungen fast täglich geschmiert — im ganzen nahezu 80 Einreibungen und auſserdem täglich 10,0 Jodkalium gereicht. Dabei steigerten sich freilich die Symptome des Morbus Brightii, die Ödeme nahmen zu und der Eiweiſsgehalt des Harns stieg bis auf 20 Gramm im Liter, die Myelitis

bildete sich aber ganz zurück und auch die energische Medikation hinterliefs keine dauernde Schädigung.

IX. **Übertragung der Syphilis durch einen Säugling auf seine Amme**, von Léon Hamonic, Anwalt beim Appellgericht zu Paris. Eine Amme mit einem ärztlichen Gesundheitsschein hatte das Kind der Eheleute X. zum Säugen übernommen und wurde sehr bald von diesem Kinde syphilitisch infiziert. (Sie steckte wiederum ihren Mann und ihren eigenen Säugling an; beide Säuglinge gehen zu Grunde und sie nimmt sich aus Gram über den Tod ihres Kindes das Leben.) Nun verklagt der Mann der Amme die Eheleute X. auf Schadenersatz. Durch den Sachverständigen Fournier wird nachgewiesen, dafs das Kind der letzteren hereditär syphilitisch sei; es läfst sich aber nicht ermitteln, ob es seine Syphilis von seinem Vater oder seiner Mutter habe. Daraufhin wird der Ehemann der Amme mit seiner Klage abgewiesen, indem sich das Gericht den Ausführungen des Staatsanwalts anschliefst. Dieser behauptete nämlich, es müsse genau festgestellt sein, welcher von beiden Ehegatten dem Kinde die Syphilis übermittelt habe; es ginge nicht an, auch den unschuldigen Teil mit zu verurteilen; dürfe man den Mann dafür büfsen lassen, wenn seine Frau ihn hintergehe und sich und das Kind durch Hingabe an einen andern syphilitisch mache? u. s. w.

Gegen diese Auffassung wendet sich Hamonic und führt in klarer Weise aus, dafs der Ehemann der Amme seiner Pflicht genügt habe und entschädigungsberechtigt sei, wenn er in den Eltern des fremden Säuglings die Quelle des ihm zugefügten Schadens nachweise; deren Sache sei es, unter sich auszumachen, wer der eigentlich Schuldige sei. — Jeder billig denkende Mensch wird dieser Ansicht zustimmen müssen. Aber der gesunde Menschenverstand ist leider so häufig in gerichtlichen Entscheidungen zu entbehren — und nicht nur in Frankreich. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897. No. 4.

I. **Die Lipome des Dammes**, von Lejars. Anknüpfend an einen vom Verfasser behandelten, genau beschriebenen und durch 2 Photographien erläuterten Fall von ausgedehntem Lipom des Dammes beschäftigt sich Verfasser genauer mit den Fettgeschwülsten der Dammgegend. Er teilt dieselben in 2 Gruppen ein, nämlich in solche, welche vom Damm selbst ihren Ausgang nehmen, und in solche, welche von anderen Gegenden her nach dem Damme zu wachsen und sich ebenfalls daselbst einpflanzen. Diese sekundären Damm-Lipome lassen 3 weitere Unterabteilungen entstehen, je nachdem sie 1. vom Gesäfse und der Steifsbeingegend oder 2. von der grossen Schamlippe aus oder 3. von der Leisten-Schamgegend ihren Ursprung nehmen. Auch Virchow hatte schon daraufhin die Aufmerksamkeit gelenkt. — Am unteren Teile des Gesäfses, vor dem Steifsbein und in den Fossae ischio-rectales sitzen am häufigsten die angeborenen Lipome. Sie sind nicht selten weitverzweigt, ja selbst mit den Rückenmarkshäuten können sie in Verbindung treten. Von der grofsen Schamlippe gehen oftmals Lipome aus, besonders gestielte, manchmal erreichen dieselben ungeheure Ausdehnung, auch verlängern sie sich nach rückwärts unter der Haut des Dammes, welche sie dann massenhaft emporheben. — Die Fettgeschwülste der Leiste oder der Schamgegend können den gleichen Weg verfolgen und ebenfalls unförmliche Gebilde darstellen. — Die Lipome dieser Gegend können oberflächliche, subcutane sein, es giebt aber auch tiefliegende, im Leistenkanal befindliche Lipome, Pseudo-Hernien, welche im Verlaufe ihrer Entwicklung über den äufseren Leistenring hinaus sich erstrecken und nach dem Hoden und Damm zu wachsen. — Von diesen

wandernden sekundären Lipomen sind die primär-perinealen Lipome wohl zu trennen. Fast alle hatten grofsen Umfang, manche sogar ungeheuerlichen. So z. B. entfernte Parma eine Fettgeschwulst, welche bis zu den Knien herabgestiegen war. Die Mittellinie des Dammes war der Ausgangspunkt gewesen. — Diese umfangreichen Geschwülste sind gewöhnlich an ihrem herabhängenden Ende breiter als an ihrer perinealen Einpflanzungsstelle, die sich abplattet oder einschnürt. Dann erscheint das ganze Lipom als herabhängendes, pendelndes Gebilde. In anderen Fällen bleiben die perinealen Lipome ohne Stiel und erscheinen in mehrere Lappen abgeteilt; eine solche Konfiguration bestand bei dem Patienten des Verfassers. — Bei diesen grofsen Lipomen findet sich eine sehr verschiedenartige Konsistenz, je nach dem Grade ihrer Einkapselung und der Entwicklung ihres bindegewebigen Gerüstes. Das Fibrolipom ist oft derb, fast hart, ja in alten Geschwülsten fühlt man manchmal harte Kerne, welche von Inseln verhärteten oder verkalkten Gewebes herrühren. — Die Lipome des Dammes sind im allgemeinen leicht zu diagnostizieren: ihre langsame Entwicklung, ihre geringe Schmerzhaftigkeit, der sehr beträchtliche Umfang, ihre Höcker und Lappen, ihre Konsistenz — alle diese Charaktere geben zusammengenommen einer Verwechslung mit anderen Geschwülsten dieser Gegend keinen Platz. Die angeborenen Cysten der Damm-Hoden-Raphe könnten vielleicht ein angeborenes Lipom vortäuschen, aber sie sind viel oberflächlicher, befinden sich innerhalb der Haut, nicht subcutan, oder unter der Aponeurose, wie die Lipome. Ferner geben sie bei der Betastung das Gefühl eines gespannten, wohl isolierten abgerundeten Sackes, der ganz verschieden ist von der Konsistenz des Lipoms. — An der Oberfläche der enormen Lipome wird die Haut manchmal geschwürig, ja es können Fettmassenteile heraustreten und sich abstofsen. Unter gewissen Verhältnissen können dann diese Ulcerationen eitrig belegt, blutig, verdächtig aussehen, deshalb dachte man hie und da an eine bösartige Neubildung, es entstand der unpassende Ausdruck sarkomatöses Lipom. Im allgemeinen sind diese Substanzverluste der Haut durch Druck entstanden und als solche Ulcerationen fast auf den ersten Blick zu erkennen. — Es ist klar, dafs diese Lipome so zeitig als möglich operativ zu entfernen sind. Die Eingriffe können manchmal schwierig sein, wenn die Geschwülste weit sich verbreitet haben; aber in der Regel gelingt es ohne Gefahr, auch die perirectalen oder perivaginalen Lappen zu exstirpieren.

II. **Über die Anwendung des permangansauren Kaliums in der Behandlung der Blasenleiden,** von Noguès und Pasteau (aus der Guyonschen Klinik). Eingangs ihrer Arbeit betonen die Verfasser den hohen Wert, den das Kalium permanganatum für die Therapie der Blennorrhoe besitze. Hier solle es in der Form der Janetschen Spülungen das Medikament der Wahl sein. Aber der Gonococcus müsse stets nachgewiesen sein, wenn das Kalium permanganatum seine vortreffliche Wirkung ausüben solle. Darin aber würde oft gefehlt, die Verwechslung mit anderen Diplokokken komme öfter vor als man glaube. — Auf der Guyonschen Klinik haben nun die Verfasser eine Anzahl vergleichende Beobachtungen über den Wert des Kalium permanganatum und den des Argentum nitricum angestellt und gefunden, dafs das Argentum nitricum bei Infektionen der Blase von höherem antiseptischen Werte sei als das Kalium permanganatum, auch die Auswaschung mittelst Katheter sei bei vesicaler Infektion den Spülungen nach Janet vorzuziehen. Bei leichteren Infektionen genüge im allgemeinen die Lösung Argentum nitricum 1:1000, auch als Vorbeugungsmittel gegen Infektion; bei stärkerer Infektion solle man vor der Konzentration Argentum nitricum 2:1000 nicht zurückschrecken. Jedoch wollen die Verfasser das Kalium permanganatum aus der vesicalen Therapie nicht ganz verbannt wissen. Besonders stellen sie 2 Indikationen auf: 1. wenn die Wirkung des

Argentum nitricum stationär geblieben, sei der Versuch mit Kalium permanganatum wohl gerechtfertigt und 2. ebenso, wenn unter dem Gebrauche des Argentum nitricum eine Desquamation des Blasenepithels eintrete. Hier reizt dann das im allgemeinen mildere Kalium permanganatum weniger und könne gute Dienste leisten.

III. **Die verschiedenen Formen des Harnröhreneingangs beim Mann**, von Pasteau. Verfasser hat für den Zweck seiner Arbeit 500 Kranke der Guyonschen Klinik untersucht und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. die Form des Harnröhreneingangs ist individuell verschieden, ein Typus eines normalen Harnröhreneingangs läfst sich nicht beschreiben; 2. der engste Punkt des Kanals liegt in einem Drittel der Fälle 4 oder 5 Millimeter hinter dem Orificium urethrae; 3. bei Erwachsenen läfst die Mehrzahl der Fälle eine Sonde über 22 Charr. über den Meatus nicht hinausdringen; 4. wenn im Harnröhreneingang mehrere Öffnungen vorhanden sind, so entspricht immer die unterste der wahren Endöffnung der Harnröhre.

IV. **Infiltrierte Neubildung der Blase; der Beginn bezeichnet durch häufiges Urinieren und Schmerzen; die Hämaturien sind wenig reichlich und zeigen sich erst spät**, von Noguès. Der Fall betrifft eine 63jährige Frau, deren Harnbeschwerden ein Jahr zurückdatieren. Diese Beschwerden äufsern sich in häufigem Harndrang hauptsächlich am Tage und besonders nachmittags, während sie morgens nur in bescheidenem Mafse auftreten. Bewegung steigert dieselben ungemein. Diese Symptome bestanden bereits, als ein Arzt einen kleinen Harnröhrenpolypen entdeckte; die Entfernung der kleinen Geschwulst brachte keinen Nutzen. Die Harnfrequenz steigerte sich vielmehr, ja es trat als weiteres Symptom Schmerz hinzu, der ebenfalls nachmittags zunimmt. Auch steigert er sich vom Beginn des Urinierens bis zu dessen Ende. — Erst wenige Wochen vor dem Eintritt der Patientin ins Spital bemerkte sie etwas Hämaturie, diese wurde nie reichlich, doch war auch bei ihr nachmittags eine Steigerung zu konstatieren. — Im Hospital, in der Bettruhe besserte sich die Harnfrequenz, die Hämaturie schwand ganz, nur die Schmerzen blieben in voller Heftigkeit bestehen. Bei der genaueren Untersuchung gaben nun 2 Methoden Aufklärung über die Natur des Leidens: die bimanuelle Betastung und besonders die Cystoskopie. Die Palpation liefs beim Andrücken der Blase gegen die Symphyse ein wenig rechts von der Mittellinie eine leichte Härte erkennen, die sich ohne scharfe Abgrenzung in den Rest der hinteren Wand hinein fortsetzt. Zugleich findet man deutlich die linke Hälfte der hinteren Wand normal weich. — Abnormitäten entdeckt man auch an der linken Niere. Diese erscheint vergröfsert, in ihrer Lage verschoben, wahrscheinlich ist erst infolge dieser Ektopie die Vergröfserung eingetreten und hat sich eine aseptische Harngeschwulst herangebildet (Uronephrose). — Durch die zweimal ausgeübte Cystoskopie wurde völlige Klarheit in diagnostischer Hinsicht gewonnen, indem im Fundus rechterseits, ausgehend vom Blasenhalse eine festsitzende infiltrierte Geschwulst entdeckt wurde, die bis in die Gegend des Ureters sich erstreckt. An manchen Stellen konnte man erkennen, dafs der Tumor eine Fältelung, ferner eine Erhöhung ähnlich einer Makrone besitzt, teilweise zottige Oberfläche, kurz an ein Blumenkohlgewächs erinnert. Auch einzelne Granulationen bemerkt man hinter dem Blasenhals, sie hatten Stecknadelkopfgröfse. Mit Rücksicht auf die Zeichen der Infiltration des Neoplasma wurde nur symptomatisch vorgegangen, zunächst Instillationen von jodoformiertem Guajakol verwendet. Als dieses nicht vertragen wurde, kamen Spülungen mit Antipyrin an die Reihe; diese brachten rasch eine Verminderung der Schmerzhaftigkeit herbei. — In der Epikrise hebt der Verfasser die Wichtigkeit der cystoskopischen Untersuchung hervor, welche erst darüber belehrte, dafs der ganze Fundus ergriffen war, nicht blofs die Hälfte. Sodann betont er, wie schon Guyon, 2 wichtige Punkte in der Entwicklung

der infiltrierten Neubildungen: die frühzeitige Harnfrequenz und die so spät und spärlich auftretenden Hämaturien. Der Schmerz, über den die Patientin klagte, ist wohl nur auf das Ergriffensein der Blasenwand zurückzuführen; bei diesem Vorkommen kann sodann Cystitis — wie hier — fast völlig fehlen.

V. **Zwei Fälle von schweren Verdauungsstörungen im Gefolge einer Blaseninfektion; schnelle Besserung durch die Spülungen mit Argentum nitricum**, von Nogués. Die beiden ausführlichen Krankengeschichten aus der Klinik Guyons zeigen den hohen Wert des Argentum nitricum als Desinficiens der Blase selbst in ernsten Fällen, weshalb kurz darüber referiert werden soll. — Im ersten Falle bei einem 60jährigen Mann bestanden schon seit 30 Jahren Störungen im Gebiete der Harnwege, doch erst in den letzten 8 Jahren war eine Behandlung nötig. 1889 Cystitis, welche nur mangelhaft und vorübergehend behandelt wird. 1891 Urinintoxikation nach unpassendem Katheterismus, der wegen Residualharn ausgeübt worden war. Schon damals empfahl Guyon Spülungen mit Höllensteinlösung, die aber der Schmerzen und Blutungen halber nur ganz kurz verwendet wurden. Im Laufe der Jahre steigerten sich nun die Symptome, der Residualharn nahm zu, der Patient konnte schliefslich nur mehr mittelst Katheter Urin lassen. Im Oktober 1896 traten nun ganz schwere Verdauungsstörungen in den Vordergrund: die Verdauung selbst ging nur unter Schmerz und zögernd vor sich. Die Abmagerung wurde so bedeutend, das Aussehen so erdfahl, dafs an eine Neubildung gedacht wurde. Guyon stellte jedoch eine solche in Abrede, da die Zunge kein übles Aussehen zeigte, ihre Feuchtigkeit bewahrt hatte und der Durst nicht lebhaft war. Die Urinverhaltung war eine vollständige, der Harn zeigte alle Zeichen der Infektion, die übrigen Harnorgane boten nichts Abnormes dar. Es wurde nun zum regelmäfsigen Katheterismus und zu Argentum nitricum-Spülungen übergegangen, dazwischen Borsäurespülungen eingeschaltet, der Patient mit den Einzelheiten des reinlichen Katheterismus vertraut gemacht. Der Erfolg war ausgezeichnet, schon von der 4. Spülung ab wurde der Harn fast klar, die Verdauung hob sich bald, der Patient nahm wieder an Gewicht zu. — Im 2. Falle, bei einem 55jährigen Mann, waren die Störungen im Harnapparat und in deren Gefolge die Verdauungsstörungen noch ernster und belästigender: es bestand Schwindel, beständiges Erbrechen, absolute Appetitlosigkeit, unlöschbarer Durst. Die Harnbeschwerden bestanden besonders in unaufhörlichem Drang; der Urin war ganz trüb, das Nierenbecken bereits beteiligt, die Harnverhaltung vollständig, als Guyon konsultiert wurde. Auch hier wurde regelmäfsiger Katheterismus unter den nötigen Kautelen, dann Spülung mit Argentum nitricum (2 : 1000 zweimal täglich) angeordnet. Der Erfolg war nach einem Monat ein deutlicher, die Verdauungsbeschwerden waren schon in den ersten Tagen verschwunden. Infolge der Unpünktlichkeit des Kranken trat ein Rückfall ein, aber auch dieser wurde durch die gleiche Behandlung wieder überwunden. — In der Epikrise macht Nogués aufmerksam, dafs auch die Eiterung in den Nierenbecken nicht abhalten brauche, die Antisepsis der Blase zu versuchen. Als bestes Mittel habe das Argentum nitricum zu gelten. Die Unannehmlichkeiten desselben liefsen sich am besten durch Antipyrin paralysieren, das in folgender Weise benutzt werden kann: 1. Spülung mit Borlösung; 2. Injektion von 100 Gramm einer Antipyrinlösung; 3. Entfernung derselben nach 15—20 Minuten; 4. Spülung mit Argentum nitricum; 5. neuerliche Injektion der Antipyrinlösung, welche bis zum nächsten Harnakt in der Blase zu verbleiben hat. — Die Stärke der Antipyrinlösung wird je nach den Individuen verschieden ausfallen müssen, 5% und weniger dürfte im allgemeinen für die Anaesthesia vesicae genügen.

Neuhaus-München.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Prodromal- und sekundäre Exantheme, von L. Bernhard. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 34.) Die prodromalen Hautaffektionen charakterisieren sich nach den Erfahrungen Bernhards ungefähr folgendermafsen: Am häufigsten scheinen sie bei Morbillen und Rubeolae aufzutreten, doch wurden sie auch vor Diphtherie, Pneumonie, Scarlatina, Varicellen und Pertussis gesehen. Das Exanthem trägt einen polymorphen Charakter. Bald zeigen sich diffuse, nur kurze Zeit andauernde Erytheme oder kleinere und gröfsere Flecken von mehr blasser oder intensiver Röte. Sie dauerten nie länger als drei Tage. Das Gesicht ist nicht befallen. Häufig blafst das Exanthem rasch ab und wird undeutlicher, wenn man die Kinder der Untersuchung halber längere Zeit aus dem warmen Bett ohne Bedeckung hält.

Conjunctivitis ist nicht vorhanden, bisweilen Lichtscheu bei den später an Masern erkrankten Kindern. Oft findet sich eine Pharyngitis. Die Temperatur ist entweder gar nicht oder nur wenig erhöht. Doch besteht öfter Apathie, Anorexie, Launenhaftigkeit, das Gefühl des Krankwerdens.

Bernhard bringt nun einzelne hierher bezügliche Krankengeschichten, so schildert er ein Prodromalexanthem, welches 14 Tage vor dem ersten typischen Keuchhustenanfall auftrat, ferner ein Prodromalexanthem vor Diphtherie, ein 5 Tage vor dem Ausbruch des Masernausschlags sich darstellendes Prodromalexanthem.

Aber auch die den akuten Infektionskrankheiten und vor allem den akuten Exanthemen folgenden Hautausschläge bieten ein bestimmtes Interesse. Der Verfasser sah dieselben in drei verschiedenen Formen:

Bei der ersten Gruppe erschienen am 10. bis 21. Krankheitstage bei den an Rhinitis, Lippenrhagaden, aphthösen Geschwüren und nekrotisierenden Anginen leidenden Kranken nach verschwundenem Exanthem linsen- bis nagelgliedgrofse rote Flecken auf Rumpf und Extremitäten. Das Gesicht ist nur wenig beteiligt. Die Flecken vergröfsern sich bald, konfluieren, blassen in der Mitte ab, der rote Rand scheint wallartig erhaben und die Haut zeigt ein landkartenähnliches Aussehen. Nach unbestimmter Zeit verschwinden dieselben, dauern nicht immer, aber meist bis zum Tode, der in Bernhards Fällen stets eintrat.

Bei Eintritt des Exanthems tritt keine Steigerung der Temperatur auf, eher bisweilen Tendenz zum Absinken.

Die zweite Gruppe charakterisiert sich folgendermafsen:

Es treten am Ende der zweiten oder Anfang der dritten Krankheitswoche linsengrofse blafsrote Fleckchen in der Nähe der Gelenke der Extremitäten auf, bevorzugt ist das Kniegelenk. Dieselben schreiten zentralwärts fort, so dafs bald auch der Rumpf mit spärlichen Flecken bedeckt ist. Das Gesicht bleibt meist frei. Eine Beeinflussung der Temperatur war auch hier wieder nicht zu bemerken, und ebenso wie bei der vorigen Gruppe waren Rhagaden an Nasenflügeln und Lippen, nekrotische Angina und Phlegmonen an den seitlichen Halspartien vorhanden. Besonders bemerkenswert ist ein epidemisches Auftreten. Bei einer derartigen Epidemie starben kurz hintereinander fünf Kinder. Die Sektion ergab ausgedehnte Pneumonien, deren Ursprung auf Streptokokken-Infektion zurückgeführt

wurde, auch aus dem Blute wurden Streptokokken gezüchtet. Als Infektionsquelle müssen die schon erwähnten Ulcerationen angesehen werden. Es ist sicher nötig, diese Kinder streng zu isolieren.

Die dritte Art dieser Exantheme zeichnet sich durch scharlachähnliche Hautausschläge aus. Dieselben traten in BERNHARDS Fällen schon im Anfange oder in der Mitte der zweiten Krankheitswoche auf. Hier zeigte sich auch mit dem Einsetzen des Hautausschlags häufig eine beträchtliche Steigerung der Temperatur. Im übrigen ist der Organbefund wie bei den vorher erwähnten Fällen. Ätiologisch spielen virulente Streptokokken sicherlich eine grofse Rolle bei den sekundären Exanthemen. Aber dies gilt nicht für alle Fälle. Z. B. bei einem Falle von Diphtherie trat am neunten Tage der Erkrankung ein ausgedehntes fleckiges, morbillenähnliches Exanthem auf. Trotzdem ergab die angesetzte Kultur ausschliefslich Diphtherie-Bacillen, die auch bis zum Tode das Feld behaupteten.

In diesem Falle ist also sicher das sekundäre Exanthem durch das „primäre" Virus verursacht worden. *Neuhaus-München.*

Über Gelenkaffektionen im Verlaufe und im Gefolge von Scarlatina, von MARSDEN. (*The medic. chronicle.* 1896. No. 5.) Verfasser unterscheidet vier Kategorien derselben: 1. Die Synovitis scarlatinosa, welche meist am Ende der ersten oder anfangs der zweiten Woche auftritt und bei Kindern von 5—15 Jahren beobachtet wird. Meist wird das Handgelenk befallen; sie dauert selten mehr als drei Tage und zeigt keine Tendenz, von einem Gelenke auf andere überzugehen. 2. Die septische Arthritis. Wird meist bei Kindern unter fünf Jahren beobachtet, äufserst selten nach dem zehnten Jahre; sie ist selten und zeigt sich in der zweiten oder in späteren Wochen der Scarlatina. Auch hier ist in der Mehrzahl der Fälle das Handgelenk befallen. 3. Die akute und subakute rheumatische Synovitis. 4. Die tuberkulöse Arthritis.

C. Müller-Genf.

Die Inkubationszeit der Scarlatina, von M. R. J. BEHRENDT. (*The Brit. med. Journ.* 18. April 1896.) Verfasser hat Gelegenheit gehabt, vier Mitglieder einer und derselben Familie in kurzer Aufeinanderfolge an Scharlach erkranken zu sehen. Die Inkubationszeit war bei jedem der Patienten eine andere, und zwar am längsten bei der erkrankten Mutter und am kürzesten bei dem jüngsten der drei erkrankten Geschwister.

Verfasser schliefst an diese Thatsachen die Fragen: Steht das Alter der Patienten in irgend einer Beziehung zur Dauer der Inkubationszeit? Bekanntlich nimmt die Häufigkeit des Auftretens des Scharlachs mit zunehmendem Alter ab. Ist nun die Ursache der verlängerten Inkubationszeit und des selteneren Auftretens der Krankheit dieselbe? *C. Berliner-Aachen.*

Über das Vorkommen von Masern bei Tieren, von ROBERT BEHLA (*Centralbl. f. Bakt., Parasit. etc.* I. Abt. 1896. No. 16 u. 17.) Die Existenz von Masern bei Tieren ist zweifelhaft, ebenso wie die Versuche, Masern von kranken auf gesunde Menschen überzuimpfen, manchen Autoren positive, manchen negative Resultate gegeben haben. Verfasser berichtet nach einer kurzen Wiedergabe der einschlägigen Litteratur über seine Versuche, Masern auf Tiere zu übertragen. Er brachte zunächst Schleim aus Nase und Mund masernerkrankter Kinder auf die entsprechenden Schleimhäute von Kaninchen, Meerschweinchen, Katze, Maus, Hund, Lamm. Negativer Erfolg. Positiv fiel aber der Versuch beim Ferkel aus. Vier Tage nach der Überimpfung des Schleimes stellte sich Sekret in der Nase, Rötung der Haut, Fieber, am achten Tage rote Flecken am Rüssel, Gesicht, Ohren, Bauch, Vorderfüfse ein. Im Blut und Sekrete

fanden sich Sporozoen. Dafs hier eine künstliche Maserninfektion vorlag, erhellte auch daraus, dafs zwei Schweine bei demselben Besitzer in gleicher Weise in den nächsten Tagen erkrankten; das kranke Ferkel war mit ihnen auf dem Hof zusammengekommen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kasuistik der Sekundärinfektion bei Varicellen, von Dr. A. Steiner. (*Centralbl. f. Kinderheilkunde.* 1896. No. 3.) Ein dreiviertel Jahre altes Kind erkrankt an leichten Varicellen. Sechs Tage darauf von neuem Fieber, Benommenheit, Trismus und leichte Gesichtszuckungen. Es stellt sich dann eine über den Oberschenkel sich verbreitende Schwellung, ausgehend von der Leistengegend, ein, die dann als akute infektiöse Osteomyelitis erkannt wurde. Die Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt. Es handelt sich also um eine nach Varicellen eingetretene akute Septicopyämie unter dem Bilde einer infektiösen Osteomyelitis und Periostitis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Varicella gangraenosa; Diphtherie, Röteln und Varicellen zu gleicher Zeit, von Griffith. (*Med. and Surg. Reporter.* 27. Juni 1896.) Ein kleines Kind litt an Pneumonie und erkrankte darauf an Tonsillitis, dann erschien ein masernähnlicher Ausschlag, und schliefslich traten Varicellenbläschen auf, die rasch an Gröfse zunahmen, bullös wurden, dann platzten und mit rotem Hof eintrockneten. Einige Tage später begann dann die Ulceration, bis zu Markstückgröfse. Das Kind wurde schwächer und starb. Bei der Sektion fand man Diphtherie der Trachea, keine Tuberkulose, die nach englischen Büchern gewöhnlich sich bei Varicella gangraenosa finden soll (in Deutschland scheint diese Varietät nicht vorzukommen). Bakteriologische Untersuchungen sind nicht gemacht worden.

F. Hahn-Bremen.

Die Blattern in Afrika und die Schutzpockenimpfung daselbst, von Ernst Schön. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1896. No. 18 u. 19.) Die Verbreitung der Blattern in Afrika unter den Eingeborenen ist eine ungeheure; dieselben bilden die häufigste Todesursache. Besonders sind die oberen Stromgebiete des Nils, Nubien, Kordofan, das Hochland von Abessinien, die Ostküste bis nach Südafrika, der Sudan heimgesucht. In einzelnen Teilen des Sudan wird die künstliche Variolisation vielfach geübt, die der Ausbreitung der Pocken noch förderlich ist. Viel gefährlicher sind aber die Massenanhäufungen von Menschen zu Kriegszeiten, bei Expeditionen, Pilgerzügen, Handelskarawanen. Die Impfung ist natürlich der einzige Weg zur Bekämpfung der Seuche. Die Erfolge sind dort ebenso sicher, nur scheint die Immunität nicht solange zu dauern wie bei uns. Dieselbe Erfahrung hat man auch bei der Immunität gemacht, die durch Überstehen der Krankheit erworben wird. Die Schwierigkeiten, die Impfung dort durchzuführen, sind natürlich sehr grofs. Verfasser schildert dieselben eingehend und gelangt dann zu folgenden Vorschlägen für die Zukunft:

1. Der Impfzwang ist in möglichst ausgedehntem Mafse durchzuführen, besonders wo grofse Menschenmengen sich anhäufen.
2. Die Ausführung der Impfung ist auch Missionaren, Lehrern, überhaupt den Gebildeten aller Stände nach gehöriger Instruktion zu überlassen.
3. Die Impfung von Arm zu Arm ist nur als Notbehelf bei drohenden Epidemien zu üben.
4. Die Haltbarkeit der Lymphe bei Versendung nach heifsen Ländern mufs weiter geprüft werden.
5. Die Versuche an Ort und Stelle, gute Lymphe durch Impfung von Kälbern und Buckelrindern müssen fortgesetzt werden. Die erheblichen Geldopfer werden

durch Einschränkung der Sterblichkeit aufgewogen. In Cochinchina hat die Bevölkerung nach Einführung der Impfung um 250 000 Seelen zugenommen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

A. DE MANUSSI giebt eingehende **klinisch-statistische Mitteilungen über die Blatternepidemien in Triest 1892—1894** (Triest, Morterra & Cie. 1895.) Im Zeitraum von 1871—1895 wurden im Triester Blatternhaus 6195 Kranke aufgenommen. Das Hauptkontingent der Krankheitsfälle stellten die Jahrgänge 1871—1873 (2187), 1884—1885 (1390), 1887—1888 (707) und die letzte vom Verfasser in ihrem Verlauf und ihren klinischen Erscheinungen genau beschriebenen Epidemie mit 764 Fällen. Die Mortalität betrug im ganzen 1188 Fälle = 19,2%. Von den von M. beobachteten Kranken waren mindestens 38,2% nicht vacciniert; dieselben weisen eine Mortalität von 32,7% auf, während von den vaccinierten Kranken nur 9,1% starben.

H. Einhorn-München.

Vaccination und Pocken in Birmingham 1893—95, von A. HILL. (*Brit. med. Journ.* 6. Juni 1896. S. 1400.) Es erkrankten im ganzen 3153 Personen, von denen 2701 geimpft, 343 nicht geimpft und 109 bezüglich der Vaccination zweifelhaft waren. Es starben von den Geimpften 4%, von den nicht Geimpften 31,2% und von den zweifelhaften Fällen 18,3%. *C. Berliner-Aachen.*

Vaccination und Pocken in Derby im Jahre 1895, von ILIFFE. (*Brit. med. Journ.* 30. Mai 1896. S. 1350.) Es erkrankten 89 Personen, von denen 62 geimpft waren und vollständig genasen. Von den 27 nicht geimpften Patienten starben 8 = 29%. Die geimpften Patienten brachten durchschnittlich 32 Tage, die nicht geimpften durchschnittlich 46 Tage im Hospital zu. *C. Berliner-Aachen.*

Pocken und Vaccination in Dublin im Jahre 1894. (*Brit. med. Journ.* 11. April 1896. S. 930.) Es wurden 534 Pockenkranke gezählt. Von diesen starben 65 = 12,1%. Es waren geimpft 367 Personen, von denen 26 = 7,36% starben. Nicht geimpft waren 167. Von ihnen erlagen der Krankheit 39 = 23,35%. Bei Beginn der Epidemie gab es in Dublin etwa 40 000 ungeimpfte Personen. Innerhalb von 9 Monaten wurden 28 881 Revaccinationen vorgenommen.

C. Berliner-Aachen.

Pocken und Impfung in Guernsey 1894—1895, von E. LAURIE ROBINSON. (*Brit. med. Journ.* 2. Mai 1896. S. 1102.) Guernsey hatte seit 17 Jahren keine Epidemie mehr gehabt. Die jüngste brach im Dezember 1894 aus und dauerte bis Februar 1895. Es erkrankten 41. Bei 39 hat Verfasser sich Notizen machen können. Von diesen 39 waren 24 nicht geimpft. 4 starben, unter diesen 3 nicht Geimpfte und 1 erst mit Eintritt des Fiebers geimpft; 17 hatten konfluierende Pocken, von diesen waren 15 nicht geimpft; 22 hatten nur mild verlaufende Blattern, von diesen waren 13 in der Kindheit geimpft; 9 wurden erst während der Inkubationsperiode des Fiebers vacciniert, nur 3 waren nicht geimpft. Es beweist dies, dafs die Impfung, noch im letzten Augenblicke vorgenommen, den Verlauf der Blattern günstig zu beeinflussen vermag. *C. Berliner-Aachen.*

Pocken in Gloucester. (*Brit. med. Journ.* 28. März 1896.) Gloucester war viele Jahre frei von Pocken und dies zu einer Zeit, da die Vaccinationsgesetze mit Strenge durchgeführt und nur ganz vereinzelt Eltern ihre Kinder der Impfung entzogen. In den letzten Jahren jedoch hat sich dies geändert. Im Jahre 1891 kamen in Gloucester auf 100 Kinder 80 ungeimpfte. Kein Wunder dafs nun die Pockenepidemie starke Verheerungen anrichtet. Unter 495 Erkrankungen sind 93 Todesfälle, aber

nur 100 bis jetzt als vollständig geheilt erklärt, so daſs möglicherweise noch weitere Todesfälle zu erwarten sind. Unter den 93 Todesfällen betreffen 26 Kinder unter 10 Jahren, sämtlich nicht geimpft. *C. Berliner-Aachen.*

Pocken in Gloucester, von Bond. (*Brit. med. Journ.* 11. April 1896.) Es erkrankten 365; nicht geimpft waren von diesen 207; nur einmal in der Kindheit geimpft 158; revacciniert (vor 14 Jahren) 1 Fall. Es starben 81, von denen 70 nicht, 11 nur einmal in der Kindheit geimpft waren. Bei den 70 nicht Geimpften, welche der Krankheit erlagen, handelte es sich fast ausschliefslich um Kinder unter 10 Jahren. *C. Berliner-Aachen.*

Vaccination und Pocken in Oldham 1895, von Ch. Tattersall. (*Brit. med. Journ.* 11. Juli 1896.) Es erkrankten im ganzen 137, von denen 24 = 17,5% starben. 13 Todesfälle kamen auf 101 geimpfte (12,8%) und 11 Todesfälle auf 36 nicht geimpfte Patienten (30,5%). Bei den Vaccinierten zeigten 20,7% einen sehr milden Charakter der Krankheit, 54% isolierte, 21% konfluierende und 3% hämorrhagische Pocken, bei den nicht Geimpften betrug der entsprechende Prozentsatz: 0, 27, 63 und 8. Die Unterschiede sprechen genügend zu Gunsten der Vaccination. *C. Berliner - Aachen.*

Die Umwandlung der Blatternblasen in Pusteln beruht nach A. Bryan (*Med. Record.* 18. Juli 1896) auf sekundärer Infektion der Blasen durch die auf der Haut befindlichen Eiterpilze; sie kann durch energische Desinfektion der Haut während des Prodromal- und papulösen Stadiums hintangehalten werden. B. hat in einem Falle Hände und Vorderarme mit Seife gereinigt, dann mit Alkohol, Sublimat 1:500, Wasserstoffsuperoxyd gewaschen und mit dicker Lage von Borwatte bedeckt. Während am ganzen übrigen Körper reichliche typische Pusteln auftraten, wurden dieselben an der desinfizierten Partie nur ganz vereinzelt beobachtet. Jede der Waschungen hat 15 Minuten zu dauern und ist täglich zu wiederholen. *H. Einhorn-München.*

Die Bakteriologie der Vaccinia und Variola, von S. Monckton Copeman. (*The Brit. med. Journ.* 23. Mai 1896. pag. 1277.) Der Verfasser giebt einen vortrefflichen Überblick über die Litteratur, welche die Untersuchung der Lymphe und Pocken auf Mikroorganismen zum Zwecke hat, teilt in kurzen Auszügen das Resultat der diesbezüglichen Experimente von Quist, Carmichael, Buist, Pfeiffer, Crookshank und anderer Autoren mit und erinnert uns schliefslich an die bereits an anderer Stelle publizierten Resultate seiner eigenen Forschungen auf dem Gebiete der Variola und Vaccine. Nach denselben fänden sich hauptsächlich drei Arten von Mikroorganismen in der Lymphe vor: der Staphylococcus albus epidermidis, Staphylococcus pyogenes aureus und Staphylococcus cereus flavus. Man begegnet ihnen in gröfserer oder geringerer Zahl fast in jedem Vaccine-Präparate. In vereinzelten Fällen gelang es dem Verfasser, das Vorhandensein des Streptococcus pyogenes und in einem einzelnen Präparate sogar den Erysipel-Streptococcus.

Neuerdings haben Klein, Kent und der Verfasser mittelst bestimmter Färbemethoden sowohl in der Vaccine- wie in der Pockenlymphe einen kleinen Bacillus, zuweilen in beträchtlicher Zahl auftretend, nachgewiesen. Diesen Bacillus findet man in Hautschnitten, welche durch ein vom Kalbe erhaltenes Vaccinebläschen gelegt sind und zwar meistens in der jungen Kälberlymphe vom vierten oder fünften Tage und in dem etwa vier Tage alten Vaccine- oder Pockenbläschen vom Menschen. Die später zum Zwecke der Vaccination entnommene Lymphe enthält nur sehr wenig Bacillen.

Diese Thatsachen sind geeignet, die Theorie zu stützen, daſs diese Bacillen in Wirklichkeit das wirksame Kontagium der in Frage stehenden Hauteruptionen bilden. Reinkulturen des Variolabacillus gelangen dem Verfasser mittelst der gewöhnlichen Nährböden nicht, wohl aber, wenn er sich eines Hühnereies bediente und dasselbe mit einer Emulsion von Pockenkrusten in normaler Salzlösung impfte und für einen Monat der Körpertemperatur aussetzte. Mit dem von einem solchen Ei erhaltenen Material wurde eine Serie von Kälbern geimpft, die von diesen erhaltene Lymphe auf ein Hühnerei übertragen und mit der jetzt ausgezogenen Lymphe Kinder erfolgreich vacciniert.

Verfasser hat sich auch mit der Herstellung eines Pocken-Antitoxins beschäftigt das die Wirkung des Pockengiftes bei bereits bestehenden Pocken abschwächen oder aufheben soll. Die diesbezüglichen Experimente sind noch nicht völlig abgeschlossen, und Verfasser behält sich vor, weiteres darüber mitzuteilen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Kirtlandschen Abbildungen der geimpften Variola und der Vaccine vom Jahre 1802, von L. Pfeiffer-Weimar. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 49.) Der Verfasser verweist zunächst auf die Festnummer des *British Med. Journ.* vom 23. Mai 1896. Aus der ersten Zeit der Vaccination wird viel in Vergessenheit gekommenes Material gebracht. Von höchstem Wert sind die bisher noch nicht veröffentlichter Bilder der Vaccine und der geimpften Variola, von Kirtland 1802 angefertigt. Diese acht Tafeln haben einen ganz besonderen Wert, denn bei dem heutigen Verbot der Blatterninokulation ist gar keine Gelegenheit mehr gegeben, diese Impfform der Variola vera selbst zu beobachten und ohne das Studium derselben ist wiederum ein Verständnis der Streitfragen, welche die Jennersche Entdeckung begleiteten, nicht möglich.

Das ältere Inokulationsverfahren hat eine kurze Geschichte in den Kulturstaaten, 1721 ist bereits in England die erste Inokulation vollzogen worden, eine sehr reiche Litteratur war 1798 schon vorhanden über das neue, wenngleich unvollkommene Schutzmittel gegen die gräfsliche Blatternnot, als das Vaccinebläschen, eine wiederum ganz neue, bis dahin noch nicht gesehene Blatternform, von Jenner als noch besserer Schutz gegen Variola empfohlen wurde. Eine ganze Reihe von Abbildungen der Vaccine sind zu jener Zeit angefertigt worden. Viele derselben bieten schematische Nebeneinanderstellung der geimpften Variola und Vaccine, keine aber reicht in Schönheit und Treu an die Kirtlandschen Tafeln heran. Dieselben geben den Vaccine- und Variolaverlauf vom 1. bis 16. Tag wieder. Besonders schön sind die Nebenpocken und der allgemeine Ausschlag der Variola inoculata in den Kirtlandschen Tafeln wiedergegeben. Danach entspricht am 9. Tag die Entwickelung der Randröte am Vaccinebläschen der Randröte der erst 6 Tage alten Variolationsstelle. Bis zum 4. Tag sind Vaccine- und Variolapustel nicht zu unterscheiden.

Über den 16. Tag hinaus sind die Abbildungen von Kirtland nicht fortgeführt.

Daſs Nebenpocken auch bei dem Vaccinationsprozeſs vorkommen, wenn auch nur ausnahmsweise, war schon zur Zeit von Kirtland bekannt.

Neuhaus-München.

Bericht über die im Jahre 1895 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von Leonhard Voigt. (*Arch. f. Kinderheilk.* XX.) Der um die Impffrage sehr verdiente Verfasser giebt in der vorliegenden Arbeit einen erschöpfenden Bericht über die ganze Impflitteratur aus dem Jahre 1895, wobei auch die Impfgegner Berücksichtigung finden. Wer sich mit der Impffrage beschäftigt, kann sich in dieser übersichtlichen Zusammenstellung leicht darüber informieren, was das ver-

gangene Jahr neues auf diesem Gebiete gebracht. — Wenn man sieht, welch grofsen Umfang die Litteratur eines einzigen Jahres über eine einzige wissenschaftliche Frage hat, wird man solch fleifsige Zusammenstellungen um so freudiger begrüfsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Carl Wallis: **Edw. Jenners Leben und Wirksamkeit.**

O. Medin: **Die Blattern und die Vaccination in Schweden.**

E. Selander: **Die Entwickelung der Jennerschen Prinzipien in der modernen Medizin.**

E. W. Dahlgren: **Verzeichnis über schwedische Schriften in betreff der Blattern, der Inokulation und Vaccination.** (431 Nummern.)

Diese Abhandlungen sind im Juniheft 1896 der *Hygiea* enthalten aus Anlafs des hundertjährigen Jubelfestes der schwedischen Gesellschaft der Ärzte und zum Andenken der Entdeckung der Vaccination von Jenner.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Vaccination und Revaccination mit animaler Lymphe, wie in Deutschland, von C. R. Drysdale. (*Brit. med. Journ.* 8. August 1896. S. 317.) Der Verfasser verlangt, dafs nicht nur die Vaccination, sondern auch die Revaccination in England durch das Gesetz mit derselben Strenge durchgeführt werde, wie in Deutschland. Zur Bekräftigung dieses Postulats giebt Verfasser statistische Zahlen über die Mortalität an Pocken in verschiedenen Ländern und Städten. In Deutschland kamen auf 1 Million Einwohner in den letzten 10 Jahren durchschnittlich 7, in Österreich 580, in Belgien 441 Sterbefälle. Im Jahre 1883 betrug die Mortalität in Berlin 0,3; in Hamburg 0,3; in Breslau 8,3; in München 0,0; in Dresden 0,8 auf 100,000 Einwohner, während London 3,4; Paris 20; Wien 9,6; St. Petersburg 46 und Prag 224 Sterbefälle auf 100,000 Einwohner aufwiesen. Im heutigen Deutschland gehören Pockenepidemien der Vergangenheit an, während beispielsweise Spanien und Rufsland, wo die Vaccination nur schlecht durchgeführt sei, oft und schwer von solchen heimgesucht werde. Im Jahre 1889 gab es in Malaga 1340; in Cadiz 1350; in Cordova 1400 Todesfälle an Pocken auf 1 Million Einwohner. —

Zur Vaccination und Revaccination sollte man sich, wie in Deutschland, vorwiegend der animalen Lymphe bedienen; dieselbe halte sich besser, sei nicht weniger wirksam als humanisierte: könne in jeder Quantität produziert werden und sei von dem Verdachte frei, Syphilis bei den Impflingen zu verursachen.

C. Berliner-Aachen.

Zufällige Vaccination, von Abraham. (*Brit. med. Journ.* 7. März 1896. S. 595.) Das 3jährige Mädchen zeigt zwei Geschwüre, eins am Augenlid, das andere am Kinn. Dieselben haben die charakteristischen Merkmale der Vaccination. Das Kind war vor zwei Jahren geimpft worden, wie es scheint, ohne Erfolg, da keinerlei Narben an den Armen zu sehen sind. Die gegenwärtigen Vaccinationsgeschwüre möchte Verfasser darauf zurückführen, dafs die Patientin mit ihrem jüngeren Bruder, der kürzlich geimpft worden ist, zusammenschläft und dabei Impfstoffe an den erwähnten Stellen aufgenommen hat.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von generalisierter Vaccine (?), von J. Widowitz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 51.) Ein 14 Monate altes Kind, das noch geringfügige Reste ausgedehnten Ekzems aufwies, zeigte 4 Tage nach der Impfung Rötung und Schwellung der ekzematösen Hautstellen, die sich im weiteren Verlaufe hochgradig steigern. Es treten dann zahlreiche hanfkorngrofse Knötchen auch an den ekzemfreien Stellen auf, unter anderen am Augenlide, an der Schleimhaut der Unterlippe, an der Grenze von

hartem und weichem Gaumen. Es entwickeln sich aus den Knötchen Bläschen, die sich in runde, seltener ovale, gedellte Pusteln umwandeln; stellenweise konfluieren dieselben. Das Kind fiebert andauernd hoch, ist sehr mitgenommen. Allmählich tritt Heilung ein.

Dafs es sich um eine ausgedehnte Vaccineeruption handelte, ist zweifellos. Die Ausbreitung des Vaccinegiftes mufs gleich nach der Impfung erfolgt sein, da sämtliche Pusteln sich gleichzeitig mit den Impfpusteln entwickelten. Die Überimpfung durch Kratzen scheint um so unwahrscheinlicher, als einerseits kaum alle Ekzemstellen dann gleichzeitig hätten infiziert werden können, andererseits auch ekzemfreie Stellen und Schleimhäute ergriffen waren. Die Impfpusteln waren auch meistens rund, während die durch Kratzen entstandenen ovale Form zu haben pflegen. Es handelt sich deshalb wahrscheinlich um eine wahre Vaccine généralisé, entstanden auf dem Lymphwege. — Der Fall dient als Warnung vor dem Impfen ekzematöser Kinder.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von reichlicher Entwickelung von Vaccinepusteln auf dem Boden eines Kopf- und Gesichtsekzems, von Gustav Riether. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 44.) Ein 7 Monate altes Kind mit Ekzem des Kopfes und Gesichts infiziert sich an einem andern geimpften Kinde und es entwickelt sich eine ausgedehnte Erkrankung der ekzematösen Teile. Es treten zahlreiche Pusteln mit charakteristischer Delle auf; durch deren Eintrocknung unter gleichzeitiger Neubildung weiterer entsteht ein buntes Bild. Die ödematöse Haut ist teils pustulös, teils mit Borken bedeckt, teils von Epithel entblöfst. Das Kind geht an gleichzeitig vorhandenem Enterokatarrh zu Grunde.

Es ist dieser Fall nicht zu bezeichnen als Vaccine généralisé, da diese durch Autoinfektion auf dem Wege der Blutbahn von innen heraus entsteht, während beim vorliegenden Fall es sich nur um Lokalinfektion, um Übertragung von einer Stelle auf die Nachbarstelle handelt. Oft werden diese beiden Formen durcheinander geworfen. Verfasser möchte die Fälle gleich den vorliegenden als Vaccinia oder Vaccinose zum Unterschied von Vaccinie généralisé bezeichnen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von papulösem Erythem nach Vaccination, von G. H. Fox. (*Med. News.* 4. Januar 1896.) Bei einem zweijährigen Kinde war am siebenten Tage nach der Impfung ein hellroter, papulo-erythematöser Ausschlag zunächst am geimpften Arme, ferner aber am Rumpf und auch, obzwar im geringeren Grade, an den Extremitäten hervorgetreten. Das Allgemeinbefinden war sehr gestört, T. 40°, und es bestand ziemlich lebhafter Juckreiz. Unter Anwendung einer Lösung von Zinkoxyd in Kalkwasser verging nach wenigen Tagen der Ausschlag, und auch die Impfstellen heilten in normaler Weise ab. *Philippi-Remscheid.*

Das Vaccineprotozoon, von Vedeler. (*Norsk Magaz. for Læger.* 1896. No. 5.) Verfasser hat nach dem Beispiele von Guarneri die Cornea von Kaninchen mit animaler Lymphe vacciniert, und an verschiedenen Zeitpunkten (am 2. bis 7. Tage) Untersuchungen angestellt. Es entwickelt sich eine Hypertrophie und eine starke Hyperplasie der Epithelzellen, anfangs nur an der Aufsenfläche der Cornea, später wachsen dieselben auch in die Tiefe, in die Substanz der Cornea hinein. Die Entwickelung des Sporozoon stimmt anfangs fast überein mit der Angabe von Pfeiffer sen.; doch geht die Kernteilung des Protozoon nicht so regelmäfsig vor sich, wie dieses Verfasser angiebt. Zuletzt findet sich doch eine grofse Zahl von gleich grofsen, kleineren Kernen, alle durch Hämatoxylin gefärbt; es sind indessen nicht Sporen, sondern Kerne von wirklichen Sporozoen, lancetförmige Körperchen mit einem minimalen Kerne. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Zur Impftechnik, von Weissenberg. (*Dtsche. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Verfasser weist daraufhin, dafs in Frankreich sehr billige Impffedern, genannt „vaccino-style individuel" zu kaufen sind für 3 und 4 Francs pro Hundert.

F. Hahn-Bremen.

Chronische Infektionskrankheiten.

Syphilis.

Keratitis parenchymatosa und Iridocyclitis fibrinosa congenita, von Dr. Swoboda. Das mit dem im Titel angeführten Augenleiden behaftete 14 Tage alte Kind wurde am 18. Dezember in der „Gesellschaft der Ärzte" in Wien vorgestellt. Als Ursache konnte durch gleichzeitige Epiphysenlösung am Oberarm Lues mit Sicherheit nachgewiesen werden. Erwähnenswert ist, dafs der Prozefs, der schon bei der Geburt bestand, noch voranschreitet; die Prognose ist ganz schlecht.

Dr. Dreyer-Köln.

A. Urbino-Florenz berichtet (*Il Prattico*, 15. November 1896) über **die rasche Heilung von zwei Fällen syphilitischer Iritis durch intramuskuläre Sublimatinjektionen.** Tägliche Injektionen (7, 10) von 0,01—0,015 Sublimat mit anschliefsender Jodkaliumdarreichung. *H. Einhorn-München.*

Über Augensyphilis mit Albuminurie, von E. Berger. (*Progrès méd.* 1896. No. 38.) Bei Augenaffektionen im Verlaufe von Lues ist zu unterscheiden, ob erstere eine Teilerscheinung der Allgemeininfektion sind oder aber speziell die Folge einer spezifischen oder nicht spezifischen Nephritis. Die Prognose einer spezifischen Augenaffektion bei bestehender Albuminurie ist immer schwer, ganz besonders aber wenn letztere nicht syphilitischer Natur ist. Bezüglich der Therapie ist bei spezifischen Augenaffektionen mit Albuminurie von Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze vollständig Abstand zu nehmen, da selbst bei intakten Nieren solche Albuminurie hervorzurufen vermocht haben. Während in solchen Fällen Fournier ausschliefslich die Inunktionskur empfiehlt, ziehen die meisten Autoren Injektionen löslicher Quecksilberverbindungen (Peptonat, Formamid, Cyanid, Bijodid, Sublimat) vor; doch müssen auch diese, sowie die Inunktionen nur mit gröfster Vorsicht und unter ständiger ärztlicher Kontrolle ausgeführt werden. *C. Müller-Genf.*

Über das Leukoderma syphiliticum, von Dr. Max Dreysel in Leipzig. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 42.) Als Assistent von Jadassohn in Breslau hatte Verfasser Gelegenheit drei Fälle von Leukoderm mikroskopisch näher zu untersuchen und fand er in der Epidermis des weifsen Fleckes zwar viel weniger Pigment als in der der angrenzenden Partien, pigmentfrei war dieselbe jedoch an keiner Stelle; erheblicher waren die Differenzen in der Cutis: Im Bereiche des Leukoderms nur sehr wenig, in der Umgebung aufserordentlich reichlich Pigment. Es geht aber aus den Befunden hervor, dafs die Leukodermflecke nicht absolute Depigmentierungen darstellen. Um nun den diagnostischen Wert des Leukoderms festzustellen, hat Verfasser auf den inneren und chirurgischen Abteilungen des Allerheiligen-Hospitals in Breslau 2018 Personen weiblichen Geschlechts von 15 Jahren aufwärts untersucht und unter diesen nur drei Fälle von Leukoderm gefunden, also nur 0,15% bei Nichtsyphilitischen. Jadassohn und Raff haben ebenso wie Lewin, 700 Prostituierte untersucht und darunter 291 konstatiert, die niemals Lues durchgemacht haben. Unter diesen hatten nur 11 ein typisches Leukoderm am Halse. Verfasser schliefst daraus, dafs das Leukoderma von Syphilitikern zu den gröfsten Seltenheiten gehört.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Pigmentsyphilis, klinischer Vortrag von DE BEURMANN. (*Indépend. méd.* 1896. S. 377.) Im Gegensatz zu FOURNIER, welcher die Pigmentsyphilis für eine parasyphilitische Affektion ansieht, betrachtet sie DE B. als eine wirkliche syphilitische Erscheinung. *C. Müller-Genf.*

Syphilis congenita und Tuberkulose, von CARL HOCHSINGER. Aus den Verhandlungen des IV. Deutschen Dermatologen-Kongresses. HOCHSINGER kommt infolge dreier Beobachtungen und Sektionen zu dem Schlusse, dafs Syphilis nnd Tuberkulose schon im zartesten Säuglingsalter in Mischinfektion vorkommen und dafs diese Mischinfektion angeboren sei. H. fand nämlich bei drei kongenital-syphilitischen Kindern der frühesten Lebensperioden klinische Symptome von Lungeninfiltration, die sich bei der Obduktion und mikroskopischer Untersuchung als tuberkulöse Erkrankung erwiesen.

Im Fall II wurde bei einem 3½ Wochen alten hereditär-syphilitischen Kinde bei der Untersuchung die Diagnose „Pneumonia syphilitica" gestellt: Die Leber war stark vergrößert. Die Sektion und Untersuchung ergab keine syphilitische sondern rein tuberkulöse Lungenerkrankung mit Tuberkelbacillen. Die Leber hingegen bot das Bild frischer interstitieller Granulation, aufserdem fand sich fettige Infiltration der Leberzellen.

Die Existenz einer angeborenen Tuberkulose ist nach den Arbeiten von BIRCH-HIRSCHFELD u. A. unbedingt zu bejahen, aufserdem spricht die kolossale Ausbreitung des Prozesses in diesen Fällen dafür. *L. Hammerschlag-Essen.*

Kongenitale syphilitische Erkrankung des Testikels, von H. B. ROBINSON. (*The Brit. med. Journ.* 7. März 1896. S. 594.) Der Fall betraf ein 10 Wochen altes Kind, das die typischen Anzeichen kongenitaler Lues darbot. Es starb an Diarrhoe. Beide Testikel erwiesen sich bei der Sektion vergrößert und fest und enthielten in den Tunicae vaginales etwas Flüssigkeit. Histologisch zeigten sie das Bild diffuser Fibrosis. Der Nebenhoden war in ähnlicher Weise befallen.

Ein anderes Präparat, das Dr. PITTS von einem 5jährigen Kinde demonstrierte, war ein Gumma des Testikels. *C. Berliner-Aachen.*

Früher durchgemachte Lues als Grund gleichzeitiger schwerer Komplikationen beim Durchbruch des oberen und unteren Weisheitszahnes, von P. RITTER. (*Deutsche Med.-Zeitg.* 1896. No. 72.) Der Durchbruch der Weisheitszähne geht oft schwer vor sich, auch zu erheblichen Eiterungen kann es kommen. Es sprechen dabei vorhandene Dyskrasien oft mit. Bei einem 30jährigen Herrn bestand gleichzeitig eine Eiterung in der Umgebung des oberen und unteren Weisheitszahnes, welche zur Ankylose geführt hatte. Die Heilung machte trotz energischen Eingreifens Schwierigkeiten. Es ergab sich nun, dafs der Patient 1890 syphilitisch infiziert war. Jetzt wurde Jodkalium gegeben und das Zahnfleisch mit Jodtinktur gepinselt. Darnach wurde es schnell besser und es trat Heilung ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beiträge zur Syphilis visceralis (Magen-, Lungen-, Herzsyphilis), von P. STOLPER. (*Bibliotheca Medica.* Abt. C. Patholog. Anatom., Hygiene und Bakteriologie. Heft 6. Th. G. Fisher & Co. Cassel. 1896.) Unter ca. 3000 Sektionen wurde auf Grund offenkundiger pathologisch-anatomischer Befunde bei 86 Fällen Syphilis diagnostiziert, und zwar 25 mal kongenitale und 61 mal erworbene. Aus der Zahl der letzteren berichtet Verfasser ausführlich mehrere, sehr instruktive Fälle.

Zunächst ein Fall von **Magensyphilis**. An der hinteren Magenwand fand man bei einem Luetiker eine Verdickung und Verfärbung, auf deren Höhe mehrfache

liche Blase gelangen, vorhanden sind. Zweitens dient das Cystoskop zur genauen Diagnose der Blasen- und Ureterfisteln, ob die Ureter intakt sind, ob ein Loch in der Blase vorhanden ist und wo es sitzt. Eine Reihe weiterer Indikationen werden noch vom Verfasser erwähnt. — Nachteile sind durch die Cystoskopie nicht entstanden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die praktische Bedeutung der modernen Cystoskopie. Der von K. Ries, einem Schüler Caspers, im Stuttgarter ärztlichen Vereine gehaltene Vortrag enthält nur Bekanntes. (*Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereines.* 26. Septbr. 1896.) *H. Einhorn-München.*

Über die im männlichen Geschlechtsapparate vorkommenden Krystallbildungen, von Prof. Dr. O. Lubarsch in Rostock. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 47.) Nach L. Auseinandersetzungen soll folgendes feststehen: 1. Böttichersche Krystalle können ohne Beteiligung des Hodens wahrscheinlich durch Thätigkeit der Prostata gebildet werden. (Fürbringers Erfahrungen bei Azoospermie.) 2. Böttichersche Krystalle können ohne Beteiligung irgend eines anderen Organes in den Hodenepithelien entstehen. (Lubarschs Befunde.) *L. Hoffmann-Berlin.*

Hermaphroditismus spurius, von Chr. Martin. (*The Brit. med. Journ.* 28. März 1896.) Der Fall betrifft eine 22jährige Person, die bisher als Weib angesehen worden ist. Sie hat niemals menstruiert; die Brüste sind schwach entwickelt; das Gesicht sieht jedoch mehr weiblich als männlich aus. Die Untersuchung der Genitalien ergiebt zunächst vollständiges Fehlen der Schamhaare. Die äufseren Genitalien gleichen ganz denen eines Weibes. Die Clitoris ist nur klein. Die Vagina bildete einen Cul-de-sac von 1 Zoll Länge. Der untersuchende Finger konnte nur bis zum ersten Fingergelenk vorwärts. Es fehlte jede Spur eines Uterus, der auch per Rectum nicht nachzuweisen war. In der Leistengegend beiderseits, genau am äufseren Leistenring, befand sich ein kleiner beweglicher Körper, der in seinen Konturen einem Testikel ähnlich war. Derselbe war von der frühesten Kindheit vorhanden. Dafs es aller Wahrscheinlichkeit nach Testikel sind, kann man daraus schliefsen, dafs eine Schwester der Patientin eine ähnliche Mifsbildung zeigte und dafs die Schwellungen in der Leistengegend durch Operation entfernt wurden und sich durch die mikroskopische Untersuchung als Testikel erwiesen. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Sterilisation elastischer Katheter mittelst Formaldehyddämpfen, von Oppler. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 44.) Das von verschiedenen Autoren für die Desinfektion von elastischen Kathetern geprüfte und empfohlene Formalin hat auch auf der Jadassohnschen Abteilung durch den Verfasser eine Prüfung erfahren. Die Kultur- und Desinfektionsversuche desselben fielen ebenfalls zu Gunsten des Formalin aus. Wurden in einem entsprechenden Blechkasten von 8000 ccm Inhalt 15 ccm Formalin zur Desinfektion verwendet, so waren nach 6 Stunden alle Katheter steril; 6 Formalinsteine (aus der Scheringschen Fabrik) erzielten in 14 Stunden, 15 g Trioxymethylen in 16 Stunden Sterilisation. Für die Praxis empfiehlt Oppler folgenden ganz einfachen Apparat: es ist ein einfacher Blechkasten mit gut schliefsendem Deckel von etwas über Katheterlänge und 10 cm Höhe. Parallel dem Boden ist eine aus Drahtgeflecht angefertigte Scheidewand angebracht, welche durch eine kleine Leiste der Länge nach in 2 Teile geteilt und der Sauberkeit wegen mit Mull umwickelt ist. Auf das Drahtnetz kommen die Katheter und es wird abwechselnd der von der einen, dann der von der anderen Seite genommen; in den Raum unterhalb des Drahtnetzes giebt man das Formalin (Schälchen mit Lösung oder Steine) oder Trioxymethylen.

Zur 6-Stunden-Desinfektion mufs die Menge des Formalins etwa 0,2% des Rauminhaltes betragen.

Durch den Aufenthalt in den feuchten Dämpfen werden die Katheter weicher; dem kann man einigermafsen durch Anbringung von Schälchen mit Chlorcalcium entgegenwirken. Die Formalinsteine müssen alle 10 Tage gewechselt oder mit etwas Formalin getränkt werden.

Das Trioxymethylen empfiehlt Oppler nicht, es wirke zu langsam und sei zu teuer.

Wenn nach erfolgter Sterilisation ein Katheter gebraucht werden soll, so genügt es, denselben mit trockenem sterilen Mull abzuwischen und in Glycerin zu tauchen. Für arme Patienten genüge ein Blechkasten mit 2 Kathetern und der entsprechenden Menge Formalin. Braucht ein Prostatiker einen Katheter auch unterwegs, so entnehme er dem Kasten einen sterilisierten Katheter und lege ihn in eine kleine runde Pappschachtel, in die bereits vorher ein Formalinstein gelegt worden ist.

Neuhaus-München.

Eine Hutnadel in der Urethra, von J. B. Garman. (*The Brit. med. Journ.* 2. Mai 1896.) Um eine Striktur zu erweitern, schob ein Patient eine Hutnadel in die Harnröhre. Sie entschlüpfte seinen Händen und gelangte in den hinteren Teil der Urethra. Bei der Untersuchung wurde der Knopf am Perineum gefühlt, die Spitze der Nadel war durch die Peniswand gedrungen. Verfasser drückte von aufsen auf den Knopf und schob ihn über eine strikturierte Stelle in der Pars membranacea immer nach vorn, während die Spitze mehr und mehr durch die Stichstelle zum Vorschein kam. Als der Knopf bis unter die Stichstelle gelangt war, wurde der hervorragende Teil mit der Spitze nach der Peniswurzel gedreht, der Knopf gegen das Orificium urethrae gepreſst, und die ganze Nadel am Knopfe ohne chirurgischen Eingriff herausgezogen.

C. Berliner-Aachen.

Bemerkung über das Vorhandensein von Spermatozoen in gewissen chronischen Urethralausflüssen, von A. Guépin. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 41.) Verfasser hat diese Erscheinung ausschliefslich bei Prostataaffektionen, verbunden mit Stagnation des Sperma in den Vesiculae angetroffen. *C. Müller-Genf.*

Klinische Vorlesung über Retentionscysten der Cowperschen Drüsen als Ursache chronischer Urethritis, spasmodischer und organischer Strikturen und Urinextravasation, von E. H. Fenwick. (*The Brit. med. Journ.* 4. Januar 1896.) Die Symptome der Retentionscysten der Cowperschen Drüsen sind folgende:

1. Ein chronischer, milchiger, schwacher, aber hartnäckiger Ausfluſs.

2. Eine deutliche, wenn auch schwache Behinderung der freien Passage des Urins.

3. Ein dumpfer, schwerer Druck und Schmerz auf der einen oder der anderen Seite der Medianlinie des Perineums am Rande des Anus, ähnlich dem Schmerz der chronischen Prostatitis und wahrscheinlich auch oft mit demselben verwechselt. Dieser Schmerz neigt unter der Einwirkung der Kälte, des Alkohols etc. zu Exacerbationen und verbreitet sich dann über das Tuber ischii und die Innenseite des Oberschenkels derselben Seite. Häufig klagen die Patienten auch über Schmerzen in der Sakral- und Hüftengegend der korrespondierenden Seite.

Incision oder spontane Ruptur der Retentionscyste und der Abgang von wenigem Schleim, Eiter und Blut verschaffen den Patienten sofort groſse Erleichterung von ihren Beschwerden. Die Dauer solcher Retentionscysten ist unbestimmt, erstreckt sich aber in den meisten Fällen über Monate, zuweilen auch Jahre. — Der Verfasser beschreibt das Verfahren zur operativen Beseitigung derselben.

C. *Berliner-Aachen.*

Urinabscefs infolge urethraler Striktur, von A. Ravogli. (*Cincinnati Lancet-clinic.* 19. Sept. 1896.) Bereits 3 Monate nach der vor 18 Jahren erfolgten blennorrhoischen Infektion Erschwerung der Harnentleerung; Fortbestehen der chronischen Blennorrhoe bis vor 6 Jahren. Divulsion der Striktur, Sondenbehandlung, anscheinende Heilung. Seit 1 Jahr allmähliches Wiederauftreten der Strikturbeschwerden.

Status praes: Temp. 39,0. Skrotum und Perineum enorm geschwollen, ödematös, Haut von bläulich-violetter Farbe, keine Fluktuation. Urinentleerung seit längerer Zeit unmöglich, der Urin geht tropfenweise ab; Striktur für die feinste Sonde undurchgängig.

Durch tiefe, perineale Incision werden mehrere Liter Urin und Eiter entleert, die Wände drainiert, worauf die Urinentleerung auf normalem Wege wesentlich erleichtert erscheint. Die Striktur wird mit ausgezeichnetem Erfolge elektrolytisch behandelt, Stromstärke 21 Milliampères. *H. Einhorn-München.*

Bequemes Verfahren zur Erweiterung von Harnröhrenstrikturen, von Karl Gerson-Berlin. (*Der ärztl. Prakt.* 1896. No. 23.) Folgendes Verfahren empfiehlt der Verfasser: ein mit lockerer Gummihülse überzogenes elastisches Bougie wird in die Urethralstriktur eingeführt. Neben diesem schiebt man dann gut eingeölt ein weiteres elastisches oder festes feines Bougie in die Hülse hinein, welches man durch ein stärkeres bald ersetzt. Zu weiteren Dehnungen mufs dann eine weitere Hülse genommen werden. Die letztere ist mit zwei Bändern versehen zur Ausübung des nötigen Gegenzuges beim Einschieben der Bougies. — Die Behandlungsdauer ist eine kürzere als gewöhnlich, die Reizung der Schleimhaut eine geringe. Vor falschen Wegen schützt die Gummihülse. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der undurchdringlichen Strikturen der Harnröhre, von E. Dobrochotow. (6. Kongrefs russ. Ärzte in Kiew. IV. Sitzung, am 24. April 1896.) Von 1893 an werden in der Moskauer Klinik von Prof. Sinizin die impermeablen Harnröhrenstrikturen durch Einführung von Metallsonden behandelt. Diese sind den Rosenschen sehr ähnliche Sonden mit olivenförmigem Ende. Man führt zuerst, ohne Narkose, die dünnste Sonde ein, schiebt dieselbe mehrmals hin und zurück und läfst sie 15—30 Minuten lang liegen; darauf geht man zu den stärkeren (bis 20—23) über und führt einen Katheter à demeure No. 17—19 ein. Ein gut eingeführter und passender Katheter wird immer gut vertragen. (Nummernsteigerung bis 38,3° ist bedeutungslos). Nach 2—3 Tagen wird ein dicker Katheter und dann die Sonden von Béniqué eingeführt. Vortragender glaubt, dafs bei dieser Methode keine Zerreifsung, sondern nur eine Dilatation der narbigen Verengung stattfindet.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über kongenitale Dilatation der Urethra mit Hypospadie, von Potarca. (*Indép. méd.* 1896. No. 39.) Bei dem Patienten bildete sich bei jeder Miktion am unteren und hinteren Teile des Penis eine 10—15 cm lange, 7—10 cm breite Anschwellung. Das Anfüllen dieses Sackes beim Urinieren geschah zuweilen nur langsam und allmählich; seine Entleerung wurde vom Patienten durch Kompression bewerkstelligt. Die Operation bestand in der Exstirpation des Sackes bis auf einige Reste, welche zur Bildung der Harnröhrenwand notwendig waren. Der Erfolg war ein sehr guter. *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 3. 1. August 1897.

Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten.

Kritische Übersicht der neuesten italienischen Arbeiten.

Von

Dr. Thomas Secchi,
gew. Assistenten an den Universitäten Cagliari und Bologna.

(Schluſs.)

II. Zusammenfassung und Beobachtungen.

Wir haben hiermit die wichtigsten Arbeiten über die Blastomyceten durchgenommen, von denen so zu sagen alle in Italien erschienen sind. Nur wenige unter ihnen beziehen sich auf die Dermatologie, die meisten auf die experimentelle Pathologie und die malignen Tumoren. Doch habe ich es für nützlich erachtet, auch diese anzuführen, weil jeder Dermatologe, der sich von der Frage eine richtige Idee machen will, von den experimentellen Arbeiten ausgehen muſs. Ich habe ferner von jeder Arbeit einen Auszug gegeben, um denjenigen, welche die Originalarbeiten nicht lesen können, am besten in stand zu setzen, die Frage selbst zu untersuchen und so zu sagen de visu kennen zu lernen, was dieselbe Gutes und Schlechtes enthält.

Ich beabsichtige nun, in zusammenfassender, synthetischer Weise die wichtigsten Punkte der Frage hervorzuheben. Kritik werde ich so wenig wie möglich üben, indem ich dies dem Leser überlasse, sobald er mit den Thatsachen bekannt sein wird. Zum Schlusse werde ich dann an der Hand einiger eigener Beobachtungen ein Kapitel über die Blastomyceten bei den Hautkrankheiten anschlieſsen lassen.

A. Experimenteller Teil.

Professor Sanfelice hat aus der Luft ein Blastomycet gezüchtet, das er Saccharomyces neoformans nannte und welches sich als pathogen für die Versuchstiere erwies. Ich komme hier nicht wieder auf die bereits beschriebenen kulturellen Eigenschaften desselben zurück. Vor allem möchte ich hervorheben, daſs dieses Blastomycet nicht bei allen Tieren dieselben Läsionen hervorruft, da diese letzteren nach der Empfindlichkeit des Tieres gegenüber der Blastomyceteninfektion variieren. Am empfindlichsten haben sich das Meerschweinchen und die Hausmaus gezeigt, indem sich die Parasiten in beinahe allen Organen und Geweben in überaus groſser Anzahl verbreiten und dort nur geringfügige elementare Läsionen erzeugen. Auch bei den weiſsen Ratten findet eine diffuse Infektion statt, die Parasiten vermehren sich aber nicht so reichlich

wie bei den Meerschweinchen und Mäusen, rufen aber eine viel intensivere Gewebsreaktion hervor. Auch die Kaninchen sind nicht sehr empfindlich. Die Blastomyceten-entwickelung ist weniger bedeutend als bei den Meerschweinchen und Ratten, andererseits aber ist die Proliferation der Gewebselemente beträchtlicher. Bei den Hunden sind die Resultate noch verschiedener ausgefallen. Bei 20 derselben entstand wenige Tage nach der Inokulation eine starke Schwellung, welche darauf allmählich wieder abnahm, so dafs nach zwei Monaten nichts mehr zu finden war. Nur bei zweien gelang es Sanfelice, wirkliche Neubildungen zu erzeugen, wovon eine den sarkomatösen, die andere den epithelialen Typus zeigte. Dieses Resultat erklärt Sanfelice in der Weise, dafs er annimmt, dafs die Blastomyceten bei den Hunden und den anderen Tieren, welche befähigt sind wie der Mensch an malignen Tumoren zu erkranken, nicht wie beim Meerschweinchen und anderen empfindlichen Tieren den nötigen Boden zu ihrer Entwickelung finden. Sanfelice giebt dann auch die Gründe an, warum er die Erscheinungen bei den zwei letzten Hündinnen für wirkliche Tumoren hält: Bei allen den Tieren, wo das Saccharomyces neoformans rein entzündliche Läsionen verursacht hat, sind diese nach einiger Zeit wieder verschwunden; die eigentlichen Tumoren begannen aber bei den beiden Hündinnen sich erst dann zu entwickeln, als die entzündlichen Erscheinungen zurückgetreten waren. Aufserdem haben sich kompetente Forscher, denen Sanfelice Präparate vorgezeigt hat, dahin ausgesprochen, dafs die Veränderungen bei den genannten Tieren die Struktur wirklicher Tumoren zeigten. Bei den Hähnen, die sich der Blastomyceteninfektion gegenüber ziemlich unempfindlich zeigen, sind die Resultate der Experimente ungefähr denen bei den Hunden ähnlich. Bei einigen hat das Saccharomyces neoformans nur eine vorübergehende entzündliche Reaktion hervorgerufen, bei drei derselben aber dauernde Neubildungen mit jungem Bindegewebe als Grundsubstanz.

Zum Saccharomyces lithogenes übergehend, erwähnen wir nochmals, dafs dieser Parasit in den Lymphdrüsen eines an primärem Leberkrebs umgestandenen Ochsen nachgewiesen wurde. Derselbe zeigt die gleichen kulturellen Eigenschaften wie das vorhergehende Blastomycet und unterscheidet sich von diesem nur durch die Art und Weise, wie er in den Geweben Degenerationsformen eingeht. Auch er führt, wenn er in Reinkulturen Meerschweinchen eingeimpft wird, zu einer allgemeinen Infektion — tötet die Tiere im Mittel nach einem Monat, wobei man in den Geweben verkalkte Massen findet, welche den in den Tumoren der Ochsen gefundenen ähnlich sind. Er erweist sich auch als pathogen für die weifsen Mäuse. Nach Impfungen auf Hunde, Esel und Schafe hingegen konnte man nichts derartiges konstatieren. Dies hängt nach Sanfelice von dem Umstande ab, dafs die Parasiten, nachdem sie sich einmal in den Geweben empfänglicher Tiere niedergelassen haben, dort längere Zeit verweilen, sich dem Boden anpassen und ihn nicht mehr verlassen. Deshalb erzeugen sie auch nicht, wenn sie auf Tiere einer anderen Species übertragen werden, gleichartige Tumoren und ist es nötig, sie Tieren nicht nur derselben Species, sondern auch desselben Alters einzuimpfen, wenn sie sich entwickeln sollen. Sehr wichtig ist auch die besondere Degenerationsweise dieses Blastomycets, wenn man bedenkt, wie häufig Verkalkungen in den malignen Tumoren der Menschen vorkommen.

Sehr ähnlich, vielleicht identisch, dem lithogenes ist das Saccharomyces vitro simile degenerans von Roncali, da beide dieselben kulturellen und morphologischen Eigenschaften zeigen. Wie dieses bildet es in seiner Erkrankungsphase in den Geweben lichtbrechende glasartige Massen, welche dieselben chemischen Reaktionen aufweisen und aus Kalkphosphat bestehen. Zur Entwickelung von Neoplasmen würde der Pilz nach Roncali nur beim Meerschweinchen führen; es handelt sich hier nicht um entzündliche Erscheinungen, weil man Proliferation der fixen Bindegewebselemente

konstatieren kann, während nur ein geringfügiger Andrang von Leukocyten in der Umgebung der Parasiten und in den von der Neubildung eingenommenen Herden stattfindet. Ich will nun zwar die Behauptungen von RONCALI keineswegs in Zweifel ziehen, glaube aber, dafs er die Thatsachen falsch ausgelegt hat. Der pathologisch-anatomische Befund und die kurze Zeit, innerhalb welcher die Meerschweinchen starben (15—30 Tage) und während welcher sich eine Neubildung kaum hätte entwickeln können, lassen mir eine allgemeine Infektion wahrscheinlicher erscheinen. Jedenfalls erklärt RONCALI selbst, dafs zwischen den Läsionen beim Menschen und denen beim Meerschweinchen keine Analogie besteht. Seine Arbeit ist aber deshalb sehr wichtig, weil er aus zwei verschiedenen Tumoren vom Menschen (einem Epitheliom der Zunge und Lymphdrüsenmetastasen aus der Achselhöhle bei Mammasarkom) ein und dasselbe pathogene Blastomycet zu isolieren vermochte, welches in den Geweben dieselbe Degenerationsphasen zeigte, wie das S. lithogenes. Gegen die Blastomycetentheorie spricht keineswegs die Thatsache, dafs man bei Meerschweinchen nicht ähnliche Läsionen zu erzeugen vermochte. Wahrscheinlich wäre es ihm gelungen, mit Mühe zwar, Neubildungen künstlich hervorzurufen, wenn er seine Experimente an Tieren fortgesetzt hätte, bei denen ähnliche Tumoren wie beim Menschen beobachtet worden sind. Im Übrigen braucht, wie dies RONCALI richtig sagt, ein Parasit, der beim Menschen eine bestimmte Infektion erzeugt, nicht notwendig bei einem Tiere einer anderen Species dieselbe Infektion hervorzurufen. Dies gilt nicht nur für die Blastomyceten, sondern auch für die Schizomyceten, so z. B. den FRÄNKELschen Diplokokkus, welcher beim Menschen eine Lungenentzündung, eine Meningitis, Gelenkeiterungen, Peritonitis, bei den Kaninchen und Meerschweinchen eine Septikämie hervorruft, die innerhalb 24—30 Stunden verläuft.

Es ist schwer zu sagen, welcher Natur die bei den Versuchstieren mit dem Saccharomyces niger von MAFFUCCI und SIRLEO produzierten Läsionen sind. Die Autoren sagen, dafs sich in den Lungen der Meerschweinchen Knoten bilden, die ein nekrotisches, aus Parasiten, Zellendetritus und roten Blutkörperchen gebildetes Zentrum zeigen und dafs die Alveolen in der Umgebung der nekrotischen Herde mit aufgetriebenen, granulierten, parasitenhaltigen epithelialen Zellen angefüllt sind. Nach der Ansicht der Autoren sieht dieser Prozefs eher wie eine Neubildung aus, denn wie eine Entzündung; derselbe neigt mehr zur Heilung, indem die nekrotischen Elemente eliminiert werden und der Substanzverlust durch Narbengewebe ersetzt wird. Kann dieser Vorgang mit den Erscheinungen bei den malignen Tumoren des Menschen verglichen werden? Auch in diesen sind die regressiven Veränderungen sehr häufig (s. ZIEGLER, *Lehrbuch der patholog. Anat.*). Besonders bei den Neubildungen mit reichlichen Zellen, mit raschem Verlaufe und Infiltration beobachtet man häufig fettige Degeneration, schleimige Metamorphose, Pigmentation, nekrobiotische Prozesse, hämorrhagische Infiltration, alles Erscheinungen, die nicht selten zum vollständigen Zerfall der Gewebe führen. In den knotenförmigen Tumoren kann der Zerfall der Zellen, wo er nicht von einer Resorption der zerfallenen Produkte begleitet ist, zu einer narbigen Zusammenschrumpfung führen. Trotzdem kommt es, wie bekannt, bei diesen Tumoren nicht zu einer Heilung; sie werden zwar teilweise vernarben, zeigen aber andererseits grofse Neigung, an Umfang zuzunehmen und die Gewebe zu infiltrieren. Wenn ich nun die Sache richtig verstanden habe, ist von alledem bei den durch das Saccharomyces niger beim Meerschweinchen erzeugten Tumoren nichts beobachtet worden. Bei diesen Tieren kommt es, wie mir scheint, zu einer wirklichen Heilung; drei Monate nach der Inokulation hat man nämlich bei ihnen in den Lungen und Lymphdrüsen Narben gefunden und ein Hautgeschwür vernarben gesehen. Es kommen mir deshalb diese Erscheinungen etwas sonderbar vor und ich

gestehe, daſs ich, wäre ich nicht von der Autorität des sonst so gewissenhaften Maffucci überzeugt, geneigt wäre, sie zu bezweifeln. Indem wir also die Resultate weiterer Experimente abwarten wollen, müssen wir noch die Veränderungen berücksichtigen, welche das Saccharomyces niger bei den anderen Tieren verursacht. Bei den Kaninchen konstatiert man epitheliale Neubildungen der Alveolen und Bronchiolen, endotheliale Neubildungen der subpleuralen Lymphspalten, welche wie Krebsalveolen aussehen. Bei den Hähnen entstehen Knötchen, die aus proliferierten zu den Dimensionen von Riesenzellen angewachsenen Epithelzellen bestehen. In den Nieren der Hunde findet man Knötchen, die sich aus Ansammlungen von Epithelmassen gebildet haben und aussehen wie der Medullarkrebs dieses Organs. Im ganzen scheint es — und die Autoren nehmen dies auch so an —, daſs das Saccharomyces niger Veränderungen hervorzurufen im stande ist, die ganz den Charakter von Neubildungen und nicht von rein entzündlichen Prozessen tragen, obwohl diese Neubildungen eher regressive als progressive Tendenzen zeigen. Trotzdem wagen es die Autoren nicht, die anatomische Form der malignen Tumoren mit den Veränderungen zu identifizieren, die sie mit ihrem Blastomycet hervorrufen und zwar aus dem seltsamen Grunde, weil die experimentellen Läsionen nicht durch ein aus Tumoren vom Menschen isoliertes Blastomycet erzeugt waren.

Von gröſster Wichtigkeit ist auch das Blastomycet, welches Corselli und Frisco von einem Patienten mit Sarkom der mesenterialen Lymphdrüsen gewonnen haben. Dasselbe erwies sich als pathogen für Meerschweinchen, Kaninchen und Hunde, wo es neoplastische Bildungen hervorrief, die vorwiegend in den Lymphdrüsen lokalisiert waren, mit zahlreichen metastatischen Herden, und zu rascher Kachexie führten. Diese Neubildungen stimmten bezüglich ihres Sitzes, ihrer Struktur und ihres Verlaufes vollständig mit den beim Menschen beobachteten überein. Die Autoren haben denn auch das Blastomycet als das spezifische Agens des Tumors beim Menschen und bei den Tieren betrachtet.

Ich habe nur weniges zu sagen über das von Pianese aus zwei Drüsencarcinomen gewonnene Blastomycet. Es gelang ihm nur in den hinteren Zitzen von Hündinnen Schwellungen hervorzurufen, welche im Anfang ziemlich auffällig waren, aber rasch an Umfang abnahmen, sodaſs nach kaum zwei Monaten die Milchdrüse wenig mehr gröſser war als unter normalen Verhältnissen. Innerhalb und unterhalb der Zitzen konstatierte man Knötchen von der Gröſse einer Feigbohne, hart, isoliert und ohne entzündliche Reaktion in der Umgebung. Pianese hat nur in einer Zitze Blastomyceten und Veränderungen konstatiert, welche eher einem entzündlichen, denn einem neoplastischen Prozesse ähnlich sahen. Den Behauptungen von Pianese habe ich nichts entgegenzustellen, möchte jedoch nur bemerken, daſs er aus seinen Resultaten nicht den Schluſs ziehen durfte, die Blastomyceten wären nicht im stande, Neoplasmen zu erzeugen. Seine Experimente sind unvollständig. Er hat z. B. gar nicht in Betracht gezogen, was Sanfelice ausgesprochen, nämlich, daſs bei den Hunden und anderen Tieren, bei denen maligne Tumoren auftreten können, die Blastomyceten nicht den nötigen Nährboden finden wie bei den Meerschweinchen und anderen empfindlichen Tieren. Bei diesen kann man nämlich nur sehr schwer maligne Tumoren künstlich hervorrufen; jedenfalls gehören dazu viel mehr Experimente, als deren Pianese ausgeführt hat.

Ich bin mit der Aufzählung der pathogenen Blastomyceten noch nicht zu Ende. Es wurden deren noch andere aus malignen Tumoren und bei anderen Affektionen des Menschen und der Tiere isoliert. Wahrscheinlich wird man noch mehr aus der Luft, von Menschen, von Tieren und bei Hautkrankheiten isolieren können, deren Ätiologie noch unbekannt ist. Man muſs jedoch zugeben, daſs wir erst am Anfange

unserer experimentellen Studien über die pathogenen Blastomyceten sind. Abgesehen von den Arbeiten über das Saccharomyces neoformans, welche streng wissenschaftlich geführt worden, jedoch noch nicht abgeschlossen sind, besitzen wir nur spärliche und rudimentäre Mitteilungen über die anderen pathogenen Blastomyceten, welche der Kritik nicht standzuhalten vermögen. Doch sind diese Studien bereits derart, dafs sie die Bedeutung der Blastomyceten in der Pathologie erkennen lassen, besonders insofern, als sie sich auf die Ätiologie der malignen Tumoren und anderer Krankheiten des Menschen und der Tiere beziehen. Ich glaube denn auch, dafs wir uns nicht mehr, wie dies noch bedeutende Pathologen thun, dieser neuen Theorie gegenüber skeptisch und ungläubig verhalten dürfen. Als vollständig sicher dürfen wir bereits jetzt folgende Thatsachen aufstellen: 1. Es giebt pathogene Blastomyceten, die sich aus der Luft, aus Tumoren und von anderen Krankheiten des Menschen und der Tiere isolieren lassen. 2. Diese Blastomyceten haben experimentell diffuse Infektionen, Bindegewebsneubildungen und Neoplasmen nach dem sarkomatösen oder epithelialen Typus hervorgerufen, die sich bezüglich ihrer Struktur und ihres Verlaufes mit denen beim Menschen und den Tieren vergleichen lassen. 3. Die Verschiedenheit ihrer Wirkung hängt ab von der verschiedenen Tier- oder Blastomycetenspecies.

B. Morphologie.

Wer die erwähnten experimentellen Ergebnisse berücksichtigt und vorurteilslos dem Verhalten der Blastomyceten in den Kulturen und den Geweben der Versuchstiere folgt, kann nicht umhin, die grofse Ähnlichkeit der Blastomyceten mit jenen Körpern zu konstatieren, welche in diesen letzten Jahren in den malignen Tumoren des Menschen und bei anderen chronischen Affektionen des Menschen und der Tiere nachgewiesen und als Coccidien oder als Degenerationsprodukte betrachtet worden sind. Zum besseren Vergleiche halte ich es für angezeigt, hier kurz zu erwähnen, was sich auf die Morphologie der bis jetzt untersuchten Blastomyceten in den Kulturen und den Geweben der Versuchstiere bezieht.

Saccharomyces neoformans. Wie wir oben gesehen, besteht dieses Blastomycet, im hängenden Tropfen betrachtet, aus verschieden grofsen, runden oder elliptischen Zellen, von denen einige einen mehr oder weniger grofsen, stark lichtbrechenden Kern, die kleineren ein homogenes Protoplasma, die gröfsten einen hyalinen zentralen Teil führen, der oft einen lichtbrechenden Kern enthält. Unter dem Mikroskope kann man leicht die einzelnen Entwickelungsphasen mit Bildung von Sprossen und Ausbuchtungen der lichtbrechenden Membran erkennen; die Kerne nehmen an der Reproduktion keinen Anteil. In den Trockenpräparaten mit Anilinfärbung färben sich die meisten Zellen in ihrer ganzen Ausdehnung, ohne etwas von Struktur erkennen zu lassen; andere färben sich intensiver an der Peripherie und weniger stark im zentralen Teile, welcher einen grofsen oder mehrere kleine intensiv gefärbte Körner enthält. — Gewebe. — In frischen Präparaten ohne Flüssigkeitszusatz sind die Parasiten meist rund, von verschiedener Gröfse mit doppelt konturierter lichtbrechender Membran und mit einem oder mehreren lichtbrechenden Körnchen im Innern. Die Dicke der Membran variiert in den verschiedenen Zellen und nur in einigen derselben ist sie von einer anderen hyalinen und doppelt konturierten Membran umgeben. Der protoplasmatische Inhalt ist entweder vollständig hyalin oder trennt sich in einen hyalinen und einen etwas lichtbrechenderen Teil, welche in verschiedener Weise angeordnet sein können. Andere verhalten sich noch anders und sind goldgelb gefärbt, was wahrscheinlich von der Dicke der Membran abhängt; diese ist in gleichgrofse konzentrische Ringe, Sektoren und Segmente ge-

spalten. Aufserdem konstatiert man in Sprossung begriffene Pilze wie in den Kulturen und zuweilen Fortsätze, welche wie elastische Hyphen aussehen. — Schnitte. — In den jugendlichsten Formen sieht man keine Spur einer Membran; bei den Formen mittlerer Gröfse ist die hyaline Membran nicht gefärbt, sehr intensiv dagegen die lichtbrechende. Das Protoplasma bei den jungen und mittelgrofsen Zellen ist intensiv gefärbt, noch intensiver jedoch die Körner; das Protoplasma der in Sprossung begriffenen Zellen ist nur schwach gefärbt und enthält keine Körner; noch bei anderen konstatiert man zwei verschieden kolorierte und angeordnete Substanzen.

Hieraus geht hervor, dafs ein Unterschied im morphologischen Verhalten der Blastomyceten besteht, je nachdem man sie in Kulturen oder in den Geweben untersucht, und dieser Unterschied besteht in folgendem: In den Geweben ist das Blastomycet von einer lichtbrechenden, zuweilen auch von einer zweiten hyalinen Membran umgeben, welch' letztere ungefärbt bleibt; in den Kulturen sieht man nur eine dünne Membran. In den Gewebe kann es zur Bildung rudimentärer Hyphen kommen und enthält das Blastomycet häufiger die lichtbrechenden Körner. Diese Unterschiede, auf welche Sanfelice so nachdrücklich hingewiesen, mufs man bei der Beurteilung der in den Tumoren beschriebenen Gebilden berücksichtigen, um nicht in Irrtum zu verfallen. Sanfelice hat aufserdem noch hervorgehoben, dafs das Saccharomyces neoformans in den Geweben beim Hahne noch andere Formen aufweisen kann. Man konstatiert hier solche, die 2 bis 4 mal so grofs waren als die anderen; der hyaline Hof variierte in den verschiedenen Zellen an Dicke und Struktur, indem er bald hyalin war, bald aus zwei oder drei konzentrischen, in ihrem Lichtbrechungsvermögen verschiedenen Ringen bestand. Hieraus geht die weitere wichtige Thatsache hervor, dafs derselbe Parasit in den Geweben die verschiedensten Formen annehmen kann, dafs er mit anderen Worten pleomorph ist.

Mit dem Saccharomyces neoformans stimmt morphologisch das Saccharomyces lithogenes überein, unterscheidet sich aber von dem ersteren, indem es in den Geweben zu glasartigen Massen degeneriert. Diese Degeneration kann mit einer gleichzeitigen Verdickung der Membran und der zentralen lichtbrechenden Kerne einhergehen, sodafs das Blastomycet als ein stark lichtbrechender, eine ebenfalls lichtbrechende rundliche Masse umgebender Ring erscheint. Die Degeneration kann auch solche Zellen befallen, die in Sprossung begriffen sind, wobei dann grofse Massen mit konzentrischer Anordnung der Elemente entstehen. Identisch in seiner Morphologie ist auch das Blastomyces vitro simile degenerans von Roncali.

Nicht sehr verschieden ist ferner das Saccharomyces niger. Nach der Beschreibung von Maffucci und Sirleo besteht dasselbe in Kulturen aus Zellen mit einem peripheren durchsichtigen Hofe und einem kleinen mit dem ersteren konzentrischen dunklen Ringe, in dessen Zentrum verschiedene Körnchen liegen, welche zuerst glanzlos sind und oft eine zentraler gelegene, dickere, undurchsichtige Masse enthalten oder, anders ausgedrückt, das Blastomycet besteht aus einer lichtbrechenden Membran mit einem protoplasmatischen Inhalte, der einen zentralen und einen peripher gelegenen Teil sowie Körner erkennen läfst. Der gröfste Unterschied würde aber in der Reproduktionsweise bestehen. Die Verfasser beschreiben aber dieselbe in einer für mich unverständlichen Art, weshalb ich sie hier übergehe. In den Geweben ist die Beschreibung des Parasiten deutlicher. Er zeigt einen äufseren Hof mit doppelten Konturen (d. h. eine äufsere hyaline Membran) und einen Kern (d. h. eine zentrale protoplasmatische Substanz) von gekörntem Aussehen und mit einer gut sichtbaren Kernmembran (d. h. einer lichtbrechenden Membran). Aufserdem lassen sich nur Parasiten verschiedener Sprossungsstadien konstatieren. Die Autoren nehmen mit Sanfelice an, dafs der periphere Hof, d. h. die äufsere hyaline Membran eine

Eigentümlichkeit der pathogenen Blastomyceten ist, welche diese nur in den Geweben, wo sie sich entwickeln, annehmen.

Das Blastomycet von Corselli und Frisco soll den genannten ebenfalls ähnlich sein und sich von ihnen nur dadurch unterscheiden, dafs es sich in den künstlichen Nährböden und in den Geweben nicht nur durch Sprossung, sondern auch durch Endosporen vermehre. Wenn nun diese letztere Reproduktionsweise zuweilen bei den Blastomyceten beobachtet wird — und ich habe selbst ein sehr schönes Beispiel hiervon im Laboratorium von Sanfelice gesehen, der den Pilz aus den Fäces eines Kindes isoliert hatte — so scheint mir, da das nach der Beschreibung und den beigefügten Figuren zu urteilen, dafs die Verfasser die lichtbrechenden Körnchen mit Sporen verwechselt haben.

Das Blastomycet von Gilchrist endlich ist ein Oïdium, weil es keine Hyphen trägt. Als solches findet man es ausschliefslich in den Kulturen, weil es sich in Schnitten als ein runder oder ovoider Körper mit granuliertem Protoplasma und lichtbrechender doppelt konturierter Membran präsentiert.

Die Blastomyceten in den Geweben der Versuchstiere sind etweder frei oder in Lymphoid-, Endothel-, Bindegewebs- oder Epithelzellen eingeschlossen. In beiden Fällen sind sie entweder allein oder zu mehreren gruppiert. Man findet sie denn auch in den Blut- und Lymphgefäfsen, was die häufigen Metastasen erklärt.

C. Tumoren (Epitheliome, Sarkome).

Vergleichen wir nun die morphologischen und die Lokalisationsverhältnisse dieser Blastomyceten mit jenen Körperchen, die man in den malignen Tumoren des Menschen und der Tiere beschrieben hat, so konstatiert man eine perfekte Ähnlichkeit. Ich gebe hier ganz kurz die Beschreibung der Parasiten, wie sie in den obengenannten Arbeiten, soweit sie die Epitheliome und Sarkome betreffen, zu finden ist.

Roncali hat in einem Adenocarcinom folgende Formen gefunden: Gebilde von meist runder Gestalt und verschiedener Gröfse, worunter die kleinsten keine Kapsel und ein homogenes Protoplasma, die gröfseren dagegen eine einfach oder doppelt konturierte Kapsel und ein ebenfalls homogenes Protoplasma führen, das bald zentral bald mehr peripher und der Kapsel anliegend angeordnet ist; ferner Gebilde mit hyaliner, doppelt konturierter, nicht gefärbter oder mit lichtbrechender, wenig gefärbter Membran und zentralem, intensiver koloriertem Protoplasma; — Formen mit konzentrischen, scheibenförmigen Ringen; — Formen mit einfach oder doppelt konturierter Membran und mit runden, stark lichtbrechenden Körnchen im Innern; — sehr kleine Formen, die sich in grofser Anzahl zwischen dicken Zellen gruppiert finden (multiple Infektion von Soudakiewich); ellipsoide zu drei bis fünf innerhalb derselben Zelle gruppierte mit einer einfach oder doppelt konturierten Membran versehene Formen; — endlich keulen-, nieren-, pyramiden-, rosettenförmige Gebilde mit Membran und gut gefärbtem homogenen Protoplasma. Die Parasiten liegen im Protoplasma voluminöser Zellen, welche an diejenige des Corpus luteum erinnern, in Epithelzellen, zwischen Bindegewebsfasern und Muskelbündeln. An den parasitenhaltigen Zellen konstatiert man chromolytische Degeneration des Kerns oder vollständige Zerstörung desselben oder ein grobkörniges, stellenweise vacuolenhaltiges Protoplasma, im letzteren Falle mit Hyperchromatolyse des Kerns.

In einem anderen Falle von Adenocarcinom hat Roncali kuglige, seltener ei- oder nierenförmige Gebilde von verschiedener Gröfse gefunden, von denen einige gröfser, andere kleiner waren als der Kern, meist innerhalb des Zellprotoplasmas, sozusagen niemals im Karioplasma gelegen. Diese Formen besitzen eine kapselartige Hülle, die jedoch bei den kleinsten nicht sichtbar ist, und ein homogenes Protoplasma.

Verfasser hat auch junge und ältere Parasiten mit einer hyalinen, doppelt konturierten ungefärbten, einer lichtbrechenden, schwach gefärbten Membran und einem zentralen, intensiv kolorierten Protoplasma gesehen. Je älter die Parasiten sind, um so dicker wird die lichtbrechende Membran und umsomehr verschwindet der zentrale chromatische Teil. Der gröfste Teil der Parasiten ist im Protoplasma der Epithelzellen enthalten, andere liegen mitten in den Bindegewebsbündeln. Eine Zelle kann mehr als einen Parasiten enthalten. Ob nun die Parasiten frei oder in Zellen eingeschlossen seien, so können sie sich zu Gruppen von 10 bis 17 und mehr vereinigen.

D'Anna, welcher zwar den Blastomyceten jede ätiologische Bedeutung abspricht, nimmt ebenfalls an, dafs die von ihm in den Epitheliomen gefundenen Gebilde morphologisch genau mit den Abbildungen von Roncali und den Beschreibungen von Sanfelice übereinstimmen. Die von ihm beobachteten Formen sind entweder isoliert oder aber zu Gruppen von 2 bis 3 und selbst 30 bis 40 vereinigt, stets intercellulär, niemals in Zellen eingeschlossen und genau sphärisch. Degeneration läfst sich nirgends nachweisen. Die isolierten oder gruppierten Parasiten färben sich gleichmäfsig und sind von einem deutlichen, hellen, lichtbrechenden, mehr oder weniger dicken Hof umgeben; sie enthalten ein gleichmäfsig gefärbtes, strukturloses Protoplasma. Nur ein einziges Mal hat er ein Element mit konzentrischen Ringen gefunden.

Die von Binaghi bei den Epitheliomen beschriebenen Gebilde sind von verschiedener Gröfse, meist rund, zuweilen ohne, zuweilen mit einer einfach, seltener mit einer doppelt konturierten Membran. Das Protoplasma färbt sich meist intensiv, in anderen Fällen ist es durchsichtig und wenig oder gar nicht gefärbt; es füllt meist gleichmäfsig den ganzen Parasiten aus, seltener sammelt es sich im Zentrum, noch seltener an der Peripherie, dicht an der Kapsel an. Die Parasiten sind bald frei, bald endocellulär. Die Zelle kann einen oder zwei bis vier Parasiten enthalten und ziemlich scharfe Konturen, sowie einen lebhaft rotgefärbten Kern behalten; oder aber sie enthält 10 bis 15 Parasiten mit erhaltenem Kerne (multiple Infektion).

Die von Rossi Doria beim infektiösen puerperalen Sarkom gefundenen Gebilde sind, mit Ausnahme der jüngeren Formen, von einer doppelt konturierten, nicht gefärbten, einem mehr oder weniger glänzenden Hofe ähnlichen Membran umgeben; ihr Protoplasma ist in homogener Weise gefärbt und enthält keine Körner. Daneben existieren ältere, wenig oder gar nicht färbbare, blasenartige, sehr lichtbrechende Formen, innerhalb oder zwischen den Zellen der Neubildung gelegen, bald isoliert, bald in Haufen, mit Vorliebe in den zentralen, degenerierten Partien des Tumors lokalisiert; die jugendlichen Parasiten hingegen liegen, meist in Gruppen von 5 bis 15, in den Bindegewebsmaschen und den Lymphspalten des peripheren Teils des Tumors.

In den Sarkomen hat Roncali intra-extracelluläre, selten intranukleäre Formen gefunden; einzelne derselben befinden sich im Sprossungsstadium. Die jüngeren haben keine Membran und ihr Protoplasma ist gleichmäfsig gefärbt; die anderen besitzen eine dicke Membran, reichliches chromatisches Protoplasma von homogenem oder in verschiedener Art granuliertem Aussehen. Auch Degenerationsformen sind zu sehen, d. h. Gebilde ohne Protoplasma oder mit Protoplasma, das die Fähigkeit, Farbstoffe aufzunehmen, verloren hat.

Das Mitgeteilte genügt wohl hinlänglich, um uns von der morphologischen Identität der bei den malignen Tumoren beschriebenen Formen mit den Gebilden zu überzeugen, welche Sanfelice bei seinen Versuchstieren beschrieben hat, welche durch Inokulationen von Reinkulturen von Blastomyceten künstlich erzeugt und mit den von anderen Autoren beschriebenen und gezüchteten Formen übereinstimmen. Ich habe hier eine Anzahl anderer Formen, welche den Blastomyceten nicht sehr

ähnlich sehen, meist degeneriert sind und als gewöhnliche Degenerationszustände aufgefaßt werden könnten, nicht erwähnt; bedenkt man aber, daß auch die Blastomyceten in den Geweben entarten und ihre typische Gestalt einbüßen können, so ist es nicht unwahrscheinlich, daß verschiedene von ihnen degenerierte Blastomyceten darstellen. Übergeht man aber dieselben, so kann die Formgleichheit der anderen mit den Blastomyceten von einem vorurteilslosen Beobachter nicht in Zweifel gezogen werden. Berücksichtigt man nun nicht allein den morphologischen, sondern auch den experimentellen Teil der Frage, so muß man zum Schlusse kommen, daß die in den malignen Tumoren gefundenen Blastomyceten nicht zufällig dorthin geraten, sondern die eigentliche Ursache der Tumoren sind.

* * *

Das von Sanfelice begonnene Werk ist jedoch nicht beim Experimente stehen geblieben. Wie Roncali und andere hat er eine Untersuchung aller Gebilde vorgenommen, welche andere Autoren vor ihm bei malignen Tumoren beschrieben und abgebildet hatten. Dieser kritische Teil ist in seiner Arbeit über „die pathogene Wirkung der Blastomyceten" des weitern ausgeführt und von der höchsten Wichtigkeit.

Bantische Körperchen. Dieser Autor hat bei der sogenannten Pagetschen Krankheit eine Menge eingeschlossener Körperchen gefunden, welche morphologisch genau mit den Blastomyceten übereinstimmen. Die Abbildungen von Banti gleichen auch ganz den Figuren 4, 5, 6, 10, 11, 23 von Tafel I und Figur 3 von Tafel II in der ersten Mitteilung von Sanfelice. Banti konnte sich auch davon überzeugen, daß sich die parasitären Gebilde durch Sprossung vermehren und verglich diese Reproduktionsweise mit der Zellteilung beim Saccharomyces.

Albarransche Körperchen. Neben den Degenerationsformen hat A. noch andere parasitäre Gebilde beschrieben, die er Psorospermien nannte und welche eine runde oder leicht ovale Form haben, einen einzigen zentralen Kern (d. h. eine protoplasmatische Substanz) enthalten, welcher seinerseits ein Kernkörperchen (d. h. ein Körnchen) einschließt. Andere Parasiten hingegen haben eine hyaline, cystische Membran von verschiedener Dicke und direkt dem Psoropserma anliegend oder aber von diesem durch einen kleinen Raum getrennt. Daneben aber existieren größere Cysten mit dünnerer Wandung und mit zwei distinkten Organismen. Eine größere Anzahl von Psorospermien scheinen keine Kapsel zu führen; sie sind mehr oder weniger rundlich, zuweilen stark ausgezogen und mit seitlichen warzenförmigen Knötchen (d. h. Sprosse). Das Protoplasma ist stark körnig und etwas dem Protoplasma in verkalkten Epitheliomen ähnlich. Bei einzelnen Parasiten außer dem Kerne ein oder mehrere runde stark lichtbrechende Körnchen; bei anderen, wo eine Kapsel fehlt und kein Kern mehr sichtbar ist, konstatiert man 6—8 glänzende rundliche oder etwas längliche Körperchen. Neben dieser Form sieht man noch andere, stark lichtbrechende, homogene, wo der Kern wenig deutlich oder nicht erkennbar ist und welche sich rosarot färben. Wie man sieht, hat Albarran parasitäre Formen beschrieben, die zum Teil von normaler Beschaffenheit, zum Teil in Degeneration begriffen und denen von Sanfelice ähnlich sind.

Körperchen von Foà. In den gut erhaltenen epithelialen Zellen sieht man neben dem Kerne ein oder zwei ganz kleine Körperchen, welche sich leicht mit Hämatoxylin färben, bald homogen, bald mit einem im Zentrum dunkleren Kerne versehen sind; andere epitheliale Zellen enthalten ein oder zwei etwas größere Körperchen als die vorhergenannten. Die Figuren 6, 17, 18, 19 in den Tafeln von Foà sind identisch mit den Figuren 7 und 8 von Tafel I und Figur 3 von Tafel II der ersten Arbeit von Sanfelice. Zuweilen liegt der Parasit dem Kerne an, ist

beinahe so groſs wie ein weiſses Blutkörperchen, von einer intensiv gefärbten und leicht gestreiften Kapsel umgeben und enthält ein dickes intensiv gefärbtes, von einem ziemlich dünnen und durchsichtigen protoplasmatischen Hofe umgrenztes Körperchen. Dieses letztere ist in einigen Parasiten an der Peripherie so sehr gefältelt, daſs es eine kokardenartige Form annimmt. Nun hat aber auch SANFELICE mit Hülfe besonderer Reagentien in den Blastomyceten diese Fältelungen gesehen und die Figuren 5, 6, 29, 46 der ersten Tafel seiner ersten Arbeit sind den von FOÀ beschriebenen Formen ähnlich. Endlich gleichen die cystischen Formen von FOÀ (Figg. 10, 11, 12, 13, 14), d. h. die dicken Gebilde mit doppelt konturierter Membran, schwach gefärbtem Inhalte und rundlichen Körperchen von verschiedener Gröſse und regelmäſsiger Form den Figuren 25, 26, 28, 35 auf Tafel I und den Figuren 10, 15, 16, 20 der II. Tafel derselben Arbeit von SANFELICE. Zu bemerken ist noch, daſs FOÀ die Bemerkung gemacht hat, daſs die Parasiten an den Stellen, wo die Degeneration der Krebselemente bereits stark fortgeschritten ist, abgenommen haben oder vollständig fehlen. Dies hat SANFELICE in groſsem Maſsstabe in Tumoren des Menschen und der Tiere nachweisen können und kann man hierdurch die wahren parasitären Formen von den Zelldegenerationsstadien unterscheiden.

Körperchen von SOUDAKIEWITCH. Sie sind in Zellen eingeschlossen und mit einer Membran von verschiedener Dicke versehen. Die Form variiert sehr; bald sind sie rund, bald unregelmäſsig wie eine amöboide Zelle, bald wurm- oder halbmondförmig. Bei einigen unterscheidet man eine ringförmige Zone einer feingranulierten Substanz. Dann erscheint eine kernähnliche Substanz und endlich ein wirklicher Kern (?), welcher eine groſse Affinität zu den kernfärbenden Lösungen zeigt. Endlich nähern sich andere mit einer deutlichen Kapsel versehene Gebilde in Struktur und Gröſse den Leukocyten. Die vollständigsten Formen haben entweder zwei Kapseln (d. h. eine hyaline lichtbrechende Membran), oder können als Doppelformen aufgefaſst werden (1?). Der Inhalt der Gebilde ist bald multipel, bald voluminös, bald ganz klein. Nun hat man bloſs, wie SANFELICE sagt, sich die Figuren von SOUDAKIEWITCH und die Figuren 3 und 17 auf Tafel I seiner dritten Arbeit zu vergegenwärtigen, um sich von der morphologischen Identität der Krebskörperchen mit den Blastomyceten zu überzeugen.

Ebenso stimmen Fig. 1 und 12 auf Tafel I und Fig. 1, 2, 28, 29 auf Tafel II der ersten Arbeit von SANFELICE genau überein mit einigen Figuren von RUSSEL. In der ersten Arbeit von RUFFER und WALKER entsprechen verschiedene parasitäre Gebilde denjenigen von SOUDAKIEWITCH, deren Identität mit den Blastomyceten wir nachgewiesen haben; ebenso treffen wir die sogenannten multiplen Infektionen wieder, welche den Figuren 7 und 8 auf Tafel I der ersten Arbeit von SANFELICE gleichen. In der zweiten Mitteilung von RUFFER und WALKER entsprechen die als multiple Infektionen bezeichneten Abbildungen den Figuren von FOÀ und SOUDAKIEWITCH und in der dritten Arbeit der genannten Autoren sind mehrere wirkliche parasitäre Formen abgebildet, welche zum Teil den von FOÀ beschriebenen und gezeichneten ähnlich sind. Endlich hat KOROTNECF (Fig. 1 und 2, Tafel I) Figuren abgebildet, welche den Figuren 16, 19 und 20 (Tafel I) von SANFELIPE entsprechen und zeigen, daſs man beim Krebs Blastomyceten mit Hyphen finden kann.

Aus diesem allem scheint klar hervorzugehen, daſs auch jene Autoren, die sich vor SANFELICE mit der Ätiologie der malignen Tumoren beschäftigt haben, ohne es selbst zu wissen, Blastomyceten beschrieben haben.

Nun erlaube ich mir die Frage: Was war die Ursache dieser Zweideutigkeit? Mir scheint, daſs daran erstens der Umstand schuld ist, daſs die genannten Autoren niemals Blastomyceten in den Geweben gesehen hatten und dann, weil zu einer

gewissen Zeit einflufsreiche Autoren mafsgebend waren, und schliefslich die Mode, die oft nicht nur in der galanten Welt, sondern auch in der Wissenschaft vorherrscht. War es vor wenigen Jahren nicht Brauch, überall Coccidien zu finden? Dieser von Pfeiffer und Metschnikoff eingeführte Brauch hat sich eine zeitlang fühlbar gemacht und selbst eminente alte Pathologen ergriffen und sie ganz verschiedene Dinge identifizieren lassen. Ohne diese Mode wären die Autoren bei ihrer früheren Ansicht geblieben und hätten im Krebs nichts weiteres gefunden als Degenerationsformen und nicht gewisse Coccidien, speziell das Coccidium oviforme, das am meisten mifshandelt worden ist. Berücksichtigt man in der That auch, dafs dieses Coccidium beim Kaninchen verschiedene Stadien erkennen läfst, nämlich das Stadium der vollen Entwickelung, das cystische und das Stadium der Sporulation, wobei die Form stets gleich bleibt, während die morphologischen Verhältnisse von dem abweichen, was man beim Carcinom hat finden wollen; wenn man z. B. konstatiert, dafs dieses Coccidium in der Leber des Kaninchens niemals Veränderungen hervorgerufen, die an ein Neoplasma denken lassen, sondern ganz anderer Natur sind: so kann man sich leicht davon überzeugen, dafs solche Coccidien bei den carcinomatösen Geschwülsten nichts zu thun haben.

Vergebens suchten sich einige gewichtige Stimmen gegen die Coccidiensucht zu erheben. In Italien gaben sich Massari und Ferroni (Interno ai supposti parassiti del cancro; vorläufige Mitteilung. *Rif. med.* Juli 1893), Schüler Grassis, Mühe nachzuweisen, dafs alle beim Krebs beschriebenen Sporozoen gar keine solche sind, „weil eine enorme Differenz zwischen den wahren Sporozoen und denen des Krebses bestehen, sowohl bezüglich ihrer inneren Struktur, als bezüglich der variablen Gestalten, unter denen sie sich präsentieren; weil es ihnen ferner niemals gelungen, einen Cyklus von Stadien zu erkennen, wie dies bei den Sporozoen vorkommt, noch überhaupt ein Stadium, das an ein Sporozoon erinnerte." Nach dem Vorschlage von Metschnikoff in einer Bemerkung zur Arbeit von Soudakiewitch untersuchten die genannten Autoren Carcinome kurze Zeit nach ihrer Exstirpation, um zu sehen, ob die angeblichen Sporozoen ähnliche Entwickelungsperioden zeigten, wie man sie bei den Coccidien findet; die erhaltenen Resultate fielen jedoch stets negativ aus. Banti (Sui parassiti del carcinoma, *Rif. med.*, 1893), der von einer der Metschnikoffschen ähnlichen Idee ausging, wollte untersuchen, erstens, ob gewisse in Zellen eingeschlossene angeblich die Rolle von Sporen spielende Gebilde mehr oder weniger unverändert bleiben, wenn die Zelle zerstört wird; zweitens, ob bei einigen dieser Gebilde progressive Veränderungen vor sich gehen, die man als eine Entwickelung des Parasiten bis zur Sporulation auffassen könnte. Zu diesem Zwecke hat Banti von etwa zehn exstirpierten oder dem Kadaver entnommenen Carcinomen zahlreiche Fragmente in der feuchten Kammer untersucht, indem er einige von ihnen zum Schutze vor Fäulnis aseptisch aufbewahrte, andere den gewöhnlichen Fäulnisprozessen überliefs, noch andere in einen sauerstofffreien Raum brachte, wieder andere der gewöhnlichen Temperatur oder einer solchen von 37° C. im Thermostaten aussetzte. Die Untersuchung sowohl der frischen als der in Flemming und Sublimat fixierten und gefärbten Präparate liefs ihn aber den Schluss ziehen, dafs, wenn auch in allen Fragmenten Zelleneinschlüsse zu finden waren, solche mit den sie enthaltenden Zellen aufgelöst werden und zu Grunde gehen.

Hieraus geht also hervor, dafs schon vor den Untersuchungen von Sanfelice nachgewiesen worden war, dafs die in Krebszellen eingeschlossenen Körperchen keine Sporozoen und demnach keine Coccidien waren.

* * *

Trotzdem bestanden Massari und Ferroni und Banti, sowie eine ganze Anzahl italienischer und fremder Forscher hartnäckig auf ihrer Behauptung, dafs die betreffenden Gebilde Degenerationsformen darstellen. Degenerationsformen? Ich möchte hier Prof. Foàs Worte anführen, mit denen er Massari und Ferroni antwortete, als diese nachzuweisen suchten, dafs die Körperchen von Foà zwar identisch seien mit denen von Soudakiewitch, dafs sie aber keine Zelleneinschlüsse, sondern Kariokinesen, veränderte Kerne mit einem glänzenden Hofe seien. Er sagte nämlich: „Neben den von mir beschriebenen Körperchen giebt es kariokinetische Figuren; jeder Anfänger ist aber im stande, ihren kolossalen Unterschied von den Parasiten zu erkennen. Veränderte Kerne habe ich sicher in den 23 Jahren, während deren ich mich mit Mikroskopie abgebe, zur Genüge gesehen; so verändert wie diese sind mir allerdings noch keine vorgekommen. Vom Kerne abstammende Gebilde giebt es verschiedene Sorten; nur sollten dieselben gut beschrieben werden, bevor man sie mit den von mir beschriebenen Körperchen identifiziert, welche niemals einen Hof haben, und wenn sie jenen Produkten in der entzündeten Hornhaut ähnlich sehen sollen, so müssen sie sich noch bedeutend verändern.“ In seinem Bericht über die Ätiologie des Carcinoms (XI. internation. med. Kongrefs 1894) giebt Foà eine Übersicht aller von den Autoren und ihm selbst beschriebenen Gebilde und macht dazu einige kritische Bemerkungen: Die Parasiten können nicht durch Kerndegeneration entstanden sein, weil sie paranukleäre Körperchen von verschiedener Gröfse sind und oft in grofser Anzahl im Protoplasma einer einzigen Zelle vorkommen, deren Kern noch gut erhalten geblieben ist. Es sind keine Degenerationsprodukte des Protoplasmas, weil ihre Struktur und ihre Färbungsweise eine hyaline, kolloide oder hornartige Degeneration ausschliefsen. Man könnte allenfalls an eine schleimige Entartung denken; vergleicht man aber die Präparate von Carcinomen mit solchen von normalem, in derselben Weise fixiertem und gefärbtem Darm, so sieht man, dafs der Kern, obwohl mit Hämatoxylin gefärbt, doch als ein Haufen feiner Granulationen ohne scharf abgegrenzte Kapsel erscheint und keine anderen Strukturveränderungen noch irgendwelche Spur eines Parasiten aufweist, wie er ihn beschrieben hat. Es handelt sich auch nicht um Nebenkerne, weil diese, obwohl zuweilen neben Parasiten vorkommend, eine ganz andere Struktur haben und sich den Farbstoffen gegenüber ganz verschieden verhalten. Die Nebenkerne färben sich intensiv mit den Anilinfarbstoffen, die Parasiten nicht; diese sind cyanophil (Hämatoxylin), die anderen erythrophil (Safranin). Ebenso sind die Altmannschen Körnchen, die Residuen pathologischer Kariokinesen, die Einschlüsse weifser und roter Blutkörperchen ganz was anderes als Parasiten. Foà hat ferner die Möglichkeit ausgeschlossen, dafs seine Körperchen andere Zelleneinschlüsse sein könnten und das Resultat endogener Kernvermehrung infolge indirekter Kernfragmentation oder direkter Protoplasmabildung. Den Gegnern der parasitären Theorie empfahl er, sie möchten sich doch nicht stets so vager Ausdrücke bedienen wie „Degenerationsprodukte“, sondern einmal den sicheren Nachweis leisten, dafs es sich um diese oder jene Degeneration handle. Haben dies die Gegner gethan? Mir scheint es nicht. So bespricht einer der wichtigsten unter ihnen, Fabre-Domergue, in einer umfangreichen Arbeit (Discussion de l'origine coccidienne du cancer; *Annales de Micrographie* T. VI, 1894) alle beim Carcinom beschriebenen Typen von Coccidien. Ich übergehe vorläufig, was er über die Coccidien von Darier und von Albarran sagt, und will hier nur besprechen, was er von dem Typus Thoma-Sjobring schreibt, zu welchem er die Körperchen von Soudakiewitch, Podwyssowzki, Sawtschenko, Foà, Rutter und Walker, Plimmer zählt. Domergue giebt zunächst eine einläfsliche historische Übersicht aller dieser Körperchen und sagt dann: „Unter den angeführten Pseudo-Coccidien giebt es welche, die nichts anderes

sind, als in gewöhnlicher Degeneration begriffene Zellkerne. Meistens ist aber die Veränderung ausgesprochener und von abnormen Erscheinungen begleitet, so unter anderen von der Bildung einer mehr oder weniger dicken Hülle um den Kern oder die Zelle." Er beschreibt dann die besonderen Formen dieser Veränderungen. Die Epithelzelle kann einfach von einer Hülle umgeben sein und dabei die Eigenschaften der umgebenden Zellen streng beibehalten. Dies genügt (?) zum Beweise, dafs eine die Zelle umhüllende Membran nicht gestattet, dieser Zelle parasitäre Eigenschaften zuzuschreiben. Eine solche Membran bildet sich aber nicht nur um isolierte, deutlich degenerierte Zellen; man trifft sie auch an endogenen Zellen, um den Kern, das Kernkörperchen, um intranukleäre und intranukläre Kolloidkugeln. Ob nun die Zellen, der Kern oder das Kernkörperchen von einer Membran umgeben seien oder nicht, so zeigen sie eine Reihe in ihrem Wesen ganz verschiedener Veränderungen. Die häufigste dieser Veränderungen, welche am leichtesten als eine parasitäre Form betrachtet werden könnte, ist die hyaline oder kolloide Degeneration mit oder ohne Einkapselung. Der gröfste Teil der Typen von SOUDAKEWITCH gehört dieser Form an. Unter hyaliner oder kolloider Degeneration versteht Verfasser die Bildung im ganzen Zellkörper oder einem Teile desselben einer homogenen, hellen, mit den Kernreagentien wenig färbbaren Substanz, welche mehr oder weniger intensiv die Färbung des Protoplasmas annimmt. Vom chemischen Standpunkte aus ist er nicht im stande, dieselbe zu definieren und zwar aus dem Grunde, weil die sogenannten hyalinen Substanzen wenig bekannt sind und wahrscheinlich eine höchst verschiedene Zusammensetzung haben; wahrscheinlich aber handelt es hich um eine Substanz, welche derjenigen der zymogenen Granulationen der normalen Drüsenzellen analog ist. Die Bildung dieser hyalinen Substanz kann unter den verschiedensten Gestalten vor sich gehen. Zuweilen wird dabei eine ganze Zelle vollständig umgewandelt; das Protoplasma wird hell, homogen, hornartig und meistens zieht sich das Zellprotoplasma, wenn die Erscheinung unter Einkapselung vor sich geht, zusammen und verläfst die Wandung der Membran. Auch der Kern geht ähnliche degenerative Veränderungen ein, seine chromatische Substanz verhält sich aber in den einzelnen Fällen etwas verschieden: bald löst er sich in immer weniger färbbare Körnchen auf und verschwindet schliefslich ganz, bald nimmt er ein weniger dichtes Aussehen an unter Bildung symmetrischer, strahlen- oder netzartiger Figuren, wobei er äufserlich noch die Gestalt eines Kernes beibehält; bald wieder scheint er sich in eine Anzahl leicht färbbarer Kügelchen zu konzentrieren, die in dem vollständig degenerierten Kerne zerstreut liegen, oder aber um diesen letzteren herum stark gefärbte Kalotten oder Kugelabschnitte bilden, welche dem Auge den Eindruck von Halbmonden oder Sicheln gewähren. Was die Beziehung aller dieser Formen mit der Epithelzelle deutlich erkennen läfst, ist das Vorhandensein einer oft sehr grofsen Anzahl von Zellen, von denen nur ein Teil in hyaliner Degeneration begriffen ist, während alle übrigen ihr normales Aussehen beibehalten haben. Ferner kann die hyaline Degeneration noch in einfacherer Gestalt auftreten, nämlich als vollständig strukturlose, im Kerne oder im Protoplasma zerstreute Kügelchen. Die Umwandlungen, welche das Karic- oder Cytoplasma beim Übergang in Kolloidsubstanz eingeht, sind die interessantesten und treten zuweilen unter Formen auf, welche den Beobachter irreführen können, der sie isoliert und nicht in ihrer Reihenfolge betrachtet. So geschieht es, dafs das Protoplasma, wenn es sich einkapselt, statt sich gleichförmig zusammenzuziehen, mit der Kapsel an einzelnen Punkten in Zusammenhang bleibt und sich in lange strahlenartige Fäden auszieht, welche ihm ein amöbenartiges Aussehen geben. Alle diese Formen können nach der Ansicht des Verfassers die Gestalt von Coccidien annehmen. Er erwähnt sodann die Kernsprossungen von ARNOLD und BOREL, von der Kern-

fragmentation, von den physaloiden Formen von Virchow und Brauns und geht dann über zur Besprechung der wichtigsten Coccidientypen, mit denen von Soudakiewitch beginnend. Diese haben, wie viele andere Arten, keine Kapsel, weshalb D. die Frage aufstellt, ob die Einkapselung als eine Eigenschaft betrachtet werden könne, wodurch sich der Parasit von der diesen letzteren enthaltenden Krebszelle unterscheidet. Er beantwortet diese Frage verneinend, weil nach seiner Ansicht Zellen von unzweifelhaftem epitheloidem Charakter sich einkapseln können und weil die Bildung einer pseudocystischen Membran nicht nur um unabhängige und endogene Zellen, sondern auch um einen Kern und eine homogene Kolloidkugel konstatiert werden kann. Die weitere Frage, ob diese Coccidien irgend eine Eigenschaft der Sporozoen besitzen, beantwortet er ebenfalls negativ, weil die Sporozoen morphologisch aus einer Zelle mit ihrem Kerne und ihrem Protoplasma bestehen, während mindestens die gute Hälfte der Körperchen von Soudakiewitch sich aus einer klaren, homogenen, „kolloiden" Masse zusammensetzen mit solchen Differenzierungen, dafs man darin unmöglich Spuren einer organischen Entwickelung finden kann. Bezüglich des Rusakl-schen Typus stimmt er mit Cazin und Klein und folgert, dafs die Fuchsinkörperchen für Carcinom nicht charakteristisch sind, keinen parasitären Charakter tragen, vielmehr hyaline Degenerationsprodukte darstellen analog denen, welche man beim Rhinosklerom und anderen Affektionen findet.

Läfst sich nun diese Anschauungsweise vollständig auf die Blastomyceten anwenden? Nach meiner Ansicht nicht. So lange man von Coccidien sprach, hatte Domergue Recht mit seiner Behauptung, dafs die von den Autoren beschriebenen Formen die Eigenschaften der Sporozoen nicht aufwiesen. Will man aber andererseits alle von den Autoren als Coccidien beschriebenen Gebilde als Degenerationsformen betrachten, so läfst sich dies heutzutage nicht mehr machen, besonders seitdem wir wissen, dafs die Blastomyceten in den Geweben der Versuchstiere unter Gestalten auftreten, wie man solche als Coccidien oder Degenerationsprodukte aufgefafst hat. Domergue ist in den entgegengesetzten Fehler verfallen wie die Verfechter der Coccidientheorie. Diese gingen von der Annahme aus, dafs ein Coccidium die Ursache des Carcinoms sein müsse, und suchten überall Halbmonde, sichelförmige Körper, Sporocysten nachzuweisen und die Beschreibungen, die ich weiter oben gegeben habe, zeugen hinlänglich von dieser Bemühung, ich will sagen von diesem Irrtume. Domergue hingegen, gestützt auf die Thatsache, dafs er nur Degenerationsformen gefunden, hat in einer langen und wirklich sehr geschickt ausgeführten Arbeit versucht, eine ganze Reihe grundverschiedener Dinge in ein ganzes zu verschmelzen. Diesen Fehler kann man nun den Verteidigern der neuen Theorie nicht gerade vorwerfen. Diese haben Rücksicht genommen auf die Degenerationsformen, die man in den Tumoren findet, und sie haben die typischen Blastomyceten vorzüglich in den nicht degenerierten Teilen der Geschwülste und zwischen den gesunden Elementen des neoplastischen Gewebes gesucht. Wo sie solche zwischen und innerhalb den degenerierten Zellen gefunden, haben sie sich die Mühe genommen, die besonderen Merkmale der Gewebselemente und der Parasiten sich zu merken. Nun ist das morphologische Aussehen dieser letzteren wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, besonders mit Hülfe der neueren Färbemethoden, so klar, dafs zwei überzeugte Anhänger der Blastomycetentheorie, d'Anna und Pianese, ohne Rückhalt das Vorhandensein von Blastomyceten beim Krebs angenommen haben.

Domergue hat hingegen die Parasiten und die Degenerationsformen zusammengeworfen. Es läfst sich nicht läugnen, dafs eine Anzahl jener Körperchen, die man für Sporozoen ausgegeben hat, in Regression begriffene Zellkerne sind. Auch mufs zugegeben werden, dafs die Veränderung mit der Bildung einer die Zelle oder den Kern umhüllenden Membran einhergeht und dafs diese Membran sowohl bei isolierten

als bei endogenen Zellen, sowie um Kern und Kernkörperchen beobachtet wird. Handelt es sich aber hier wirklich um eine eigentliche Membran, eine wirkliche Kapsel? Dies kann ich eben nicht annehmen. Domergue sagt es selbst und erhellt es übrigens aus seinen zahlreichen Abbildungen. Diese Membran ist das Produkt der Zelle oder des Kerns oder des Kernkörperchens; wahrscheinlich stellt sie die durch chromatolytische Erscheinungen veränderte Wandung der Zell- oder Kernwandung vor. Von einer Einkapselung kann man daher nicht reden und ebenso ist es nicht richtig anzunehmen, dafs diese Einkapselung zur Unterscheidung eines Parasiten von der denselben enthaltenden Krebszelle diene. Man wird vielmehr untersuchen müssen, welches die wirkliche Parasitenmembran sei. Dies ist aber öfters sehr schwierig, besonders bei jenen Formen von homogenem Aussehen, die so verschieden ausgelegt worden sind, so von Domergue und unzähligen anderen als hyaline oder kolloide Degeneration; warum, haben sie bisher nicht sagen können. Erstens vermochte Domergue vom klinischen Standpunkte aus keine befriedigende Beschreibung zu geben; er vermutet, dafs es den zymogenen Granulationen der normalen Drüsenzellen analoge Erscheinungen von aufserordentlich verschiedener Zusammensetzung seien. Nach Recklinghausen sind die hyaline, amyloide und schleimige Degeneration Teilerscheinungen der kolloiden; es sind aus dem Protoplasma stammende albuminoide Substanzen; die hyaline Substanz widersteht der Wirkung des Alkohols, des Wassers, der Säuren und Alkalien und zeigt somit dieselbe Reaktion (mit Ausnahme der Jodreaktion) wie das Amyloid. Dieses Verhalten genügt jedoch nach Ziegler zur genauen Bestimmung einer Substanz noch nicht und auch die Blastomyceten verhalten sich auf dieselbe Art, ja, sie zeigen diese klinischen Reaktionen um so weniger, je länger sie der Einwirkung von Säuren und Alkalien ausgesetzt werden. Aus dem Gesagten geht hervor, dafs vom chemischen Standpunkte aus diese Substanzen keine spezifische Reaktion zeigen und sich von den Blastomyceten nicht unterscheiden lassen.

Verhalten sich ferner diese Substanzen in besonders typischer Weise? Auch dies kann man nicht sagen und braucht man sich blofs an das zu erinnern, was Domergue gesagt und was er und andere in Abbildungen reproduziert haben, um sich zu überzeugen, welche verschiedenen Formen sie annehmen können. Doch haben dieselben Autoren unter diesen zahllosen Varietäten Formen gefunden, welche durch das Vorhandensein einer Membran oder wegen anderer Besonderheiten ihres Protoplasmas vom den anderen abstechen und wie Parasiten aussehen. Derselbe Domergue nimmt an, dafs ein grofser Teil der Körperchen von Soudakiewitch hyaline Degenerationen mit oder ohne Einkapselung darstellen. Ferner hat Unna (Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration der Carcinomepithelien — *Dermatologische Zeitschrift*, Bd. I, Heft 1, 94) deren acht Typen beschrieben, von denen einige sich, wie er sagt, nicht wesentlich von gewissen eingekapselten Parasiten unterscheiden. Endlich haben wir noch die Russelschen Fuchsinkörperchen. Weshalb wollen nun wohl Domergue und die anderen diese hyalinen Degenerationsformen nicht für Parasiten ansehen, obwohl sie ihnen ganz gleichen? In erster Linie nimmt D. gar keine Rücksicht auf die Kapsel und doch war es, scheint es mir, am Platze, von einer Kapsel im wahren Sinne des Wortes zu sprechen, denn, wenn man sich z. B. die Figuren von Soudakiewitch und jene von Ruffer und Walker ansieht, so ist diese Kapsel keineswegs eine Ausscheidung der Zelle oder des Kerns, sondern sie gehört dem eingeschlossenen Körperchen an. Sollte man mir etwa den Einwurf machen, dafs keineswegs alle diese Formen eine Kapsel haben, so würde ich darauf antworten, dafs es einem auch bei den Blastomyceten, sowohl in Kulturen als in den Geweben, nicht immer gelingt, eine solche zu entdecken, was aber noch keineswegs bedeuten will, dafs keine solche

vorhanden sei. Mit einer passenden Färbemethode läfst sich aber meist eine Kapsel nachweisen. Mir gelang es z. B., eine deutliche Kapsel auch in den hyalinen Körperchen des Rhinoskleroms und des Nackenkeloids zu konstatieren. Es scheint mir deshalb dieser erste von Domergue angegebene Grund nicht stichhaltig zu sein. Aufserdem hat aber D. behauptet, dafs es noch viele Zellen gebe, von denen nur ein Teil die hyaline Degeneration zeigen, während die übrigen noch ihren normalen Bau beibehalten haben, was nach seiner Ansicht die Beziehungen dieser Formen zu den Epithelzellen beweisen soll. Diese Thatsache kann natürlich nicht geleugnet werden, doch glaube ich nicht, dafs sie uns alle Aufklärungen zu geben vermöge betreffend alle Zelleinschlüsse in allen Zellen. Wie steht es mit den extracellulären Formen? Auch diese sollten in einem gewissen Verhältnisse zu den Epithelzellen stehen; doch beruht die Annahme solcher Beziehungen zwischen Epithelzellen und den genannten Formen vorläufig nur auf Hypothesen. Die Vertreter der antiparasitären Theorie haben uns deshalb nicht einmal vom morphologischen Standpunkte aus eine annehmbare Erklärung für die hyalinen Formen gegeben. Zieht man die morphologischen Eigenschaften der Blastomyceten in den Geweben der Versuchstiere in Betracht, so lassen viele dieser hyalinen Formen, selbst diejenigen, die man für Coccidien angesehen hatte, eine bessere Erklärung zu und müssen sie von denjenigen losgetrennt werden, deren Morphologie noch wenig klar ist, und welche wir vorläufig nicht weiter hyalin nennen können, wenigstens bis man über sie besser orientiert ist.

Besteht nun ferner für die hyaline Degeneration eine spezifische Farbreaktion? Recklinghausen hatte angegeben, dafs sich das Hyalin mit Eosin, Karmin, Pikrokarmin und Säurefuchsin färbe; Ziegler dagegen behauptet, dafs diese Farbstoffe verschiedene Substanzen intensiv kolorieren, so das koagulierte und homogene Fibrin und die Klumpen koagulierter Zellen. Unna hat mit Hülfe einer besonderen Färbemethode (Säurefuchsin) nachzuweisen gesucht, dafs auch diejenigen Formen, die nicht wesentlich von den eingekapselten tierischen Parasiten abwichen, degenerativer Natur waren. Foà legt seinerseits einen grofsen Wert auf das Verhalten dieser Gebilde gegenüber dem Hämatoxylin; nach seinen Angaben sind diese nämlich hämatoxylinophil (cyanophil), während Kern und Nebenkern erythrophil sind, d. h. Safranin leicht aufnehmen. Domergue ist hingegen anderer Meinung und hat Foà gegenüber erklärt, dafs das verschiedene Verhalten der Farbreagentien nicht genügte, einem rot gefärbten Körper die Bezeichnung „Kern" zu geben und einen blaugefärbten als Sporozoen zu erklären, weil die Krebszelle konstanten Veränderungen unterworfen ist und sich ihre Kerne blau oder rot färben, je nach dem Grade ihrer Veränderung (cf. l. c. S. 75). Die Methoden von Pianese und seine Ansicht in diesen Fragen haben wir bereits weiter oben angegeben. Pianese giebt an, dafs mit Hämatoxylin besonders die schleimige und die sog. Pseudo-Kolloidsubstanz, ein Mittelding zwischen Schleim- und Kolloidsubstanz, hervortritt; das Fuchsin färbt hauptsächlich das Hyalin, das Methylengrün die Substantia mucosa und colloidea, das Gentianaviolett hingegen läfst alle diese Substanzen ziemlich unberührt und färbt die vom Kerne ausgehenden Veränderungen. Nun hat Pianese ferner gefunden, dafs ein Teil der Sjöbringschen Körperchen eine dem Amyloid ähnliche Reaktion zeigen und sich mit basischen Anilin-Farbstoffen intensiver kolorieren als die normalen Zellkerne; die einfacheren unter ihnen zeigen entschiedene Hämatoxylinreaktion und die in ihrer Struktur komplizierteren eine nach ihren verschiedenen Bestandteilen verschiedene Reaktion. Er hat hieraus den Schlufs gezogen, dafs die Körperchen der ersten Kategorie aus besonderen Veränderungen des Zellkernes, die der zweiten aus solchen des Zellprotoplasmas und besonders seiner Sekretionen entstehen. Rutter benutzte hauptsächlich die Biondische Lösung. Alle anderen, vor Sanfelice verwendeten Lösungen nnd Methoden übergehe

ich. Zahlreich und mannigfaltig müfsten die Schlufsfolgerungen bei einem solchen Gewirre von Farbstoffen ausfallen, wenn wir uns absolut an die Kriterien halten wollten, auf die sich die Autoren gestützt haben. Wollte man z. B. auf die Blastomyceten beziehen, was Pianese sagt, so müfste man sagen, dafs sie Kernveränderungen darstellen, wenn sie sich mit Gentianaviolett, hyaline wenn mit Fuchsin und Eosin, kolloide und muköse Degenerationen, wenn sie sich mit Methylengrün färben!! Was aber besonders hervorgehoben werden mufs, ist die Thatsache, dafs es den Autoren gelang, parasitäre und degenerative Formen mit den verschiedensten sauren, basischen und alkalischen Substanzen zu färben. Es giebt deshalb für die Krebsparasiten weder eine spezifische Substanz noch eine spezifische Methode, ebensowenig als es, mit einigen wenigen Ausnahmen, spezifische Farbreaktionen für die Degenerationsformen giebt.

Übrigens konnte man dies auch gar nicht anders erwarten und die Histologen haben an die Farbstoffe nur zu viele Anforderungen gestellt. Die Farbreaktion ist, ganz wenige Fälle ausgenommen, nicht gleichbedeutend mit der chemischen; so weit ist die histologische Technik noch nicht gekommen trotz aller Fortschritte in den letzten Jahren. Diese Technik hat uns bisher nur über ganz wenige Einzelheiten, betreffend die Struktur der normalen und pathologischen Gewebe und im grofsen und ganzen nur über morphologische Verhältnisse Auskunft zu geben vermocht. Wer anerkennt wohl nicht die Vorzüge der Unna-Taenzerschen Methode zur Färbung der elastischen Fasern? Einen spezifischen Charakter hat sie deshalb noch keineswegs, indem noch andere Farbstoffe (Safranin, Säurefuchsin) das elastische Gewebe färben. Eine ausgezeichnete Methode für die Plasmazellen ist die Unnasche; man hat aber die Protoplasmakörnchen dieser voluminösen Zellen noch mit anderen Substanzen koloriert (Safranin etc.). Wie viele spezifische Färbungen hat man ferner nicht für die Kariokinese angegeben? und doch genügt meist das Alaunkarmin und das Hämatoxylin. Reden wir also nicht von spezifischen Reaktionen und Methoden, sagen wir lieber, dafs eine Substanz eine gewisse Vorliebe zu diesem oder jenem Zellabschnitte, zu diesem oder jenem Gewebe zeigt, dafs eine Methode mehr oder weniger gut, mehr oder weniger sicher ist, je nachdem sie diese oder jene Elemente, seien sie nun Parasiten oder nicht, mehr oder weniger hervorstechen und vom übrigen Gewebe unterscheiden lassen. Insofern hat wohl auch Sanfelice seine Methoden spezifische genannt. In der That sind dieselben bisher die besten gewesen, weil sie die sichersten sind, alle morphologischen Einzelheiten der Blastomyceten hervorheben und sowohl in den Geweben der Versuchstiere als in den Neubildungen des Menschen und der Tiere stets dieselbe Wirkung entfalten. Abgesehen davon, dafs die Methoden von Sanfelice die Deutung aller jener parasitären Formen erleichterten, haben sie noch den grofsen Vorteil, dafs sie leicht auszuführen sind und so auch in den Händen weniger Geübter gelingen.

Gegen die Spezifizität der Farbstoffe spricht eher noch der Umstand, dafs sie in ihrer Wirkung variieren je nach den Verfahren und den verschiedenen anderen Gründen, die uns oft entgehen. So kommt es speziell bei Färbung mit Anilinfarbstoffen vor, dafs man ganz andere Resultate erhält, als man erwartet hatte, weil man diese oder jene Säure, dieses oder jenes Salz verwendet hat, weil man die Präparate zu lange oder zu wenig lang dem Farbstoffe oder der Entfärbungsflüssigkeit ausgesetzt, weil man diese statt jener Entfärbungsflüssigkeit gebraucht hat oder weil der Farbstoff mehr oder weniger rein war etc. Mit demselben Farbstoff kann man, je nach den Fixationsflüssigkeiten und Beizen, die man anwendet, je nach dem Verfahren, diffuse oder Kernfärbungen, Färbungen der degenerierten oder der gesunden Gewebe, der Epithelien, des Bindegewebes u. s. w. haben. Dies wird auch der in

der mikroskopischen Technik so erfahrene Unna zugeben. Es erklärt sich hieraus auch, warum einige Gewebe nach verschiedenen Methoden koloriert werden können, warum jeder Histologe seine Lieblingsmethoden und -Substanzen hat, mit denen er geradezu alles findet, was er will; es erklärt sich hieraus ferner die Multiplizität der sogenannten spezifischen Methoden!

Mit einem Worte genügen weder die klinischen noch die Farbreaktionen dazu, den hyalinen Formen, welche nach ihren morphologischen Eigenschaften den Blastomyceten ähnlich sind, den parasitären Charakter abzusprechen; im Gegenteil sprechen alle im Verlaufe dieser Diskussion angeführten Gründe für eine parasitäre Natur jener Formen.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Versammlungen.

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 24. September 1896.

1. **Ein Fall von Hauttuberkulose der Nase**, von Schwimmer. Der 37jährige Patient, dessen Vater an einer Apoplexie, die Mutter an einer Tuberkulose zu Grunde gegangen sind, bemerkt seit $^3/_4$ Jahren, dafs seine Nasenschleimhaut geschwürig und mit Borken bedeckt wird. Die Geschwürsbildung trat häufig auf, zugleich starke Schwellung der Nasenschleimhaut und Oberhaut. — Eine Skarifikation hatte keine Besserung herbeigeführt. Die ganze Nase ist zur Zeit in allen Dimensionen verdickt und rotbläulich verfärbt. Die Oberfläche ist uneben, durch zahlreiche stecknadelkopf- bis hanfkorngrofse Knötchen, welche weicher Konsistenz und schmerzlos sind, bedeckt. Diese Knötchen erstrecken sich bis zum Naseneingang und selbst bis auf die Oberlippe. — Patient hustet angeblich seit Jahren, bei Untersuchung der Lungen ist linkerseits Dämpfung, scharfes In- und Exspirium zu konstatieren. Die Diagnose schwankt hier zwischen Akne, Lupus, Syphilis und Tuberkulose. Gegen Lupus spricht die rasche Bildung der Knötchen und deren weiche Konsistenz, was umsomehr auffallend ist, nachdem es wahrscheinlich daselbst leichter zum Zerfall gekommen wäre. Gegen Syphilis spricht sowohl das Fehlen der anamnestischen Daten als auch der Umstand, dafs nach neunmonatlichem Bestande die Knoten nicht zerfallen sind, und schliefslich das Fehlen anderer syphilitischer Merkmale. Alle diese Umstände berechtigen die Annahme einer Hauttuberkulose.

Róna spricht sich im Prinzip auch für Tuberculosis cutis aus, klinisch kann er aber den Fall von Lupus vulgaris nicht unterscheiden. — Marschalko schliefst sich derselben Ansicht an. — Schwimmer behauptet, dafs das weiche Gewebe gegen Lupus spricht.

2. **Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda**, von Schwimmer. Bei dem 12jährigen Mädchen entwickelte sich vor 5 Jahren eine Volumszunahme der linken Tibia, welche stets an Umfang zunahm. Zu gleicher Zeit trat ein ähnlicher Prozefs in den linken Unterarmknochen auf, die Haut daselbst ulcerierte vor 2 Jahren. Vor 1 Jahre trat ein ulcerativer Prozefs in der Nase auf, infolgedessen das ganze Septum zu Grunde ging. Diese Ulceration griff auch auf die Unterlippe über, so auch auf

die Gegend des rechten Mundwinkels, letztere bilden zur Zeit ein Narbengewebe. Die Entwickelung der Zähne ist eine irreguläre, indem die oberen Schneidezähne doppelt vorhanden waren, nach Entfernung der vorderen zeigten die hinteren die typische halbmondförmige Gestalt, im minderen Maſse auch die unteren. Zur Zeit sind Geschwüre auf der Unterlippe und auf der Nasenschleimhaut sichtbar, das Septum fehlt. Im rechten Mundwinkel, auf dem Kinn bohnengroſse, mit Borken bedeckte Substanzverluste. In der Mitte des linken Unterarmes, so auch auf dem rechten Unterarme ulnarwärts Knochenverdickungen mit teilweisen Ulcerationen. Die Tibia ist beinahe in ihrer ganzen Gröſse verdickt, am stärksten unterhalb des Kniegelenkes.

Havas möchte nicht übereinstimmen mit der Auffassung des Prof. Schwimmer bezüglich der Syphilis hereditaria tarda, indem er derartige Prozesse nicht als erste Manifestation der Syphilis betrachtet, sondern als eine spät erscheinende tertiäre Syphilis. — Schwimmer kann dieser Auffassung nicht beipflichten, indem die ersten Manifestationen der Syphilis auch spät erscheinen können.

3. **Ein Fall von Lichen ruber planus et corneus,** von Justus. Die Erkrankung der 27jährigen Patientin datiert seit 8 Monaten, indem auf den Unterarmen rötliche, juckende Flecke auftraten, welche sich in 3—4 Wochen auf den ganzen Körper verbreiteten. Zur Zeit sind auf den Extremitäten dichte, in minderem Maſse auf dem Rumpfe, typische Lichen ruber planus-Efflorescenzen sichtbar, welche auf vielen Stellen, hauptsächlich auf den unteren Extremitäten unregelmäſsige hornige Auflagerungen zeigen. Auf der Mundschleimhaut sind an einzelnen Stellen stecknadelkopfgroſse glänzende Knötchen sichtbar.

4. **Ein Fall von Syphilis papulosa universalis,** von Justus.

5. **Ein Fall von Cicatrices lueticae des Gesichtes und Folliculitis syphilitica,** von Justus. Auf beiden Gesichtshälften, auf dem Nasenrücken, weniger auf dem Kinn, sind zahlreiche stecknadelkopf- bis fingernagelgroſse scharfbegrenzte, eingezogene Narben sichtbar, die meisten haben einen rotbraunen Hof. Die ganze Affektion zeigt eine schmetterlingsartige Ausbreitung.

6. **Ein Fall von gruppiertem kleinpapulösen Syphilid auf den Unterschenkeln,** von Justus.

7. **Ein Fall von ungewöhnlicher Syphilisform auf dem Nasenrücken,** von Justus. Der Nasenrücken ist braunrötlich verfärbt, in der Mitte narbig verändert, die Ränder dieser Stelle sind aufgeworfen. Unter dem linken Auge besteht ein bohnengroſses, granulierendes, mit steilen Rändern umgebenes Geschwür.

Schwimmer hält diesen Fall nicht für Syphilis. — Török ist der Ansicht, daſs es sich hier um eine Syphilis handle, denn gegen Lupus vulgaris spricht das Fehlen der Lupusknötchen, sodann die Anamnese, nach welcher die Affektion im späteren Alter auftrat. Gegen Lupus erythematodes sprechen die Geschwüre, so auch die tief eingezogenen Narben. — Justus will die Untersuchung des Geschwürs anstellen und die antisyphilitische Kur versuchen. Seine Blutuntersuchungen haben ein negatives Resultat ergeben. — Schwimmer glaubt, daſs Török durch die kleine Geschwürsfläche irregeführt würde. Er empfiehlt, die erkrankte Haut bloſs antiseptisch zu halten und erst später die Diagnose zu stellen. Das graue Pflaster soll hier nicht verwendet werden, indem dasselbe auch gegen Lupus erythematodes wirkt.

8. Schwimmer stellt den bereits vorgestellten Fall von **Neurodermitis papulosa pigmentosa** vor, bei dem wieder frische Eruptionen vorhanden sind.

9. **Ein Fall von extragenitaler Infektion und fraglicher Syphilis congenita,** von A. Aschner. Die 30jährige Patientin ist seit 5/4 Jahren verheiratet und gebar das bereits 4 Monate alte Kind am 15. Mai 1896 als Erstgeburt, welches auf der Gebärklinik als Frühgeburt erklärt wurde. Patientin hatte bis jetzt angeblich keine

venerische Erkrankung durchgemacht. Bei dem Kinde wurden in den ersten Lebenswochen gar keine syphilitischen Symptome bemerkt, dasselbe zeigte blos den Habitus einer Frühgeburt. In der sechsten Lebenswoche des Kindes bemerkte die Mutter auf dessen Oberlippe ein Bläschen, das platzte, welches sich später als kleine Wunde manifestierte. Nach einigen Wochen bekam das Kind einige Flecke, welche sich weiterhin auf den ganzen Körper verbreiteten. Die Mutter des Kindes bemerkte vor ca. 6 Wochen — sie meldete sich bei mir am 7. September 1896 —, dafs ihre linke Brustwarze wund wurde, diese Wunde nahm stets gröfsere Dimensionen an. Seit einigen Tagen bestehen Kopfschmerzen und bemerkt sie einen Ausschlag auf dem ganzen Körper. — Bei Untersuchung beider konnte folgendes konstatiert werden: Auf der Oberlippe des Kindes linkerseits ist eine einer nässenden Papel ähnliche Läsion bemerkbar, auf dem ganzen Körper, hauptsächlich auf den Extremitäten, ein dichtes makulo-papulöses Syphilid, um den Anus nässende Papeln, auf den Handtellern und Fufssohlen ein psoriasiformes Syphilid. Bei der Mutter des Kindes ist oberhalb der linken Brustwarze eine kronengrofse, in der Mitte etwas erodierte und vom Niveau der Haut emporragende rotbraune, harte Infiltration sichtbar. In der linken Achselhöhle mehrere nufsgrofse, harte Drüsen, aufserdem hochgradige Adenopathie, ausgebreitete dichte Roseola.

In Anbetracht dessen, dafs das Kind eine Frühgeburt war und die syphilitischen Erscheinungen in dem Zeitalter auftraten, in welchem sie sonst bei kongenital-syphilitischen Kindern aufzutreten pflegen, tauchte die Frage auf, ob das Kind kongenital-syphilitisch sei. Was den Vater des Kindes anbelangt, konnte nur soviel durch persönliche Inspektion eruiert werden, dafs bei ihm zur Zeit Symptome einer abgelaufenen Syphilis nicht nachweisbar waren, mit Ausnahme mäfsiger allgemeiner Drüsenschwellungen. Derselbe leugnet auch, jedwede venerische Erkrankung gehabt zu haben, nur im Jahre 1886 hatte er eine Leistendrüsenschwellung, welche aber nicht vereiterte. Bekanntlich ist es in manchen Fällen bei Säuglingen schwer zu konstatieren, ob dieselben kongenital-syphilitisch sind, und ebenso schwer ist die acquirierte Syphilis auszuschliefsen. Diese Schwierigkeit ist auch hier vorhanden. Die anamnestischen Daten und der ganze Verlauf des Krankheitsfalles würden sehr für Syphilis hereditaria sprechen, die Sklerose der Mutter aber ist dasjenige Moment, welches diese Diagnose zweifelhaft macht. Nach dem Colles-Beaumèschen Gesetze nämlich ist die Mutter der hereditär-syphilitischen Kinder gegen Syphilis immun, in diesem Falle aber ist ersichtlich, dafs die Mutter eine Sklerose und recente Syphilis hat. In der Litteratur sind zwar Fälle veröffentlicht, die gegen das Colles-Beaumèsche Gesetz sprechen, deren Zahl ist aber eine solch verschwindend geringe im Verhältnisse zu der Häufigkeit der Syphilis hereditaria, dafs selbst diese mit einer gewissen Reserve zu nehmen sind. — Es ist nun die andere Frage zu entscheiden, ob das Kind eine acquirierte Syphilis hat, und wo die Eingangspforte der Infektion ist. Letzteres ist bei dem Kinde schwer zu entscheiden, indem eine die Primärläsion charakterisierende Stelle nirgends zu finden ist, noch solche charakterisierende regionäre Drüsenschwellungen zu tasten sind, welche auf eine Primärläsion bestimmt schliefsen lassen. Die Wahrscheinlichkeit in diesem Falle ist doch diejenige, dafs wir es mit einer acquirierten Syphilis zu thun haben, und zwar mit einer extragenitalen Infektion; die Einbruchspforte der Infektion ist wahrscheinlich jene Läsion, welche auf der Oberlippe linkerseits sichtbar ist. Wenn nun diese Annahme richtig ist, so ist die Syphilis der Mutter leicht zu erklären. — Wenn nun die Mutter zufällig eine Infektion vermieden hätte, was ja leicht möglich gewesen wäre, so wären wir gezwungen gewesen, das Kind hereditär-syphilitisch zu erklären. Dieser Fall zeigt eben, wie schwer in manchen Fällen die Diagnose Syphilis hereditaria sicherzustellen ist.

Róna schliefst sich derselben Ansicht an, indem sich bei dem Kinde früher die Lippenläsion zeigte und erst bedeutend später die Sklerose bei der Mutter.

10. **Ein Fall von Filaria medinensis**, von Sellei. Gelegentlich der Milleniumsausstellung verweilte hier eine afrikanische Negertruppe, von denen mehrere an Filaria medinensis litten. Die Entwickelung des Wurmes zeigte sich bei den meisten folgendermafsen: Anfangs zeigt sich eine haselnufs- bis nufsgrofse Geschwulst unter der Haut, welche bald etwas fluktuiert. Diese Geschwulst verursacht weder Fieber noch welche schwerere Reaktion des Organismus, hemmt blofs etwas bei Bewegung. In der zweiten bis dritten Woche der Geschwulstbildung bricht dieselbe auf, es entleert sich etwas Eiter, und das eine Ende der Filaria wird sichtbar. Die Neger wickeln nun dasselbe an ein Stäbchen und nach 8—10 Tagen entfernen sie auf diese Weise den ganzen Wurm; die Wunde heilt dann rasch. Die Filaria verursacht einerseits wegen der Gröfse der Geschwulst, anderseits weil sich oft 2—3 derselben darin befinden, ein Stauungsödem. Was die Lokalisation anbelangt, ist dieselbe am häufigsten auf den Unterschenkeln. Von den 180 hier anwesenden Negern litten 19 an Filaria, also beiläufig 11%.

11. **Über die Bedeutung des Ekzems und über die allgemeine Reaktion der Haut** hält Török einen Vortrag und konkludiert in folgenden Schlufssätzen: 1. Die verschiedenartigsten verdünnten und geschwächten Reize rufen auf der Haut reaktive Reizerscheinungen hervor. (Kongestive Hyperämie und Ödem, Auswanderung der Blutzellen, mäfsige Hyperplasie der fixen Zellen und subjektive Symptome, wie Schmerz, Jucken u. s. w.) — 2. Etwas stärkere Reize verursachen nebstdem Veränderungen der Epidermis, welche bei schwächerer Einwirkung blofs als mit Schuppung einhergehende Verhornungsanomalie, bei stärkerem Grade bereits als kolliquative Veränderungen sich melden. (Desquamatives und nässendes Ekzem oder desquamative und nässende Ekzematisation, Dermatitis arteficialis mit ausgebreiteten Kolliquativveränderungen.) — 3. Längere Einwirkung der mäfsigeren Reize ruft eine gleichmäfsige Hypertrophie (Lichenisation) der Epidermis und Papillarschichte hervor. — 4. Alle diese Hautveränderungen repräsentieren die allgemeine Reaktion der Haut infolge von schwächerer und stärkerer Einwirkung der verschiedenartigsten Reize. Ihre Entwickelung kommt unter pathologischen Umständen viel rascher und leichter zu stande. Die unmittelbare Ursache spielt daselbst blos die auslösende Gelegenheitsrolle, während für die Art der Reaktion die präformierte Struktur der Haut und die disponierenden Momente ausschlaggebend sind. — 5. Das Jucken spielt in vielen Fällen eine wichtige Rolle als diponierendes Moment. So z. B. bei jenen Hautläsionen, welche gewöhnlich Lichenisation, Prurigo- und Ekzemknötchen genannt werden. Diese „Syndrome" aber, d. i. das Zusammentreffen des Juckreizes mit gewissen Hautläsionen, ist blos ein spezieller Teil jener Gesetze, welche vorher besprochen wurden. Wenn Jucken und sonst andere prädisponierende Momente vorhanden sind, so erzeugt das Kratzen, als Consecutivum des Juckreizes, leicht jene Hautveränderungen, welche die allgemeine Reaktion der Haut benannt wurde. — 6. Diese Hautveränderungen genügen nicht, um eine pathologische Form zu charakterisieren, können daher auch nicht die Basis einer Diagnose bilden. In Ermangelung entsprechenderer und wichtigerer Zeichen können dieselben ausnahmsweise und provisorisch zur Aufstellung von pathologischen Gruppen herangezogen werden.

12. **Über Blutveränderungen der Syphilis in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, III. Teil**, von Justus. S. Referate Bd. XXII, pag. 536 und Bd. XXIII, pag. 454. *A. Aschner-Budapest.*

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. März 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* April 1897.)

Dr. Cavafy zeigt einen **Fall von ungewöhnlicher Form von Lichen planus** bei einem 22jährigen Patienten. Ungewöhnlich sind die Ringe vorn an der Brust, am oberen Abdomen und Rücken. Die Ringe sind entweder durch Konfluenz kleiner, ursprünglich circinär angeordneter Lichenpapeln, oder durch periphere Ausdehnung grofser flacher Papeln entstanden. Abgesehen von den ringförmigen, sieht man die gewöhnlichen Lichen planus-Efflorescenzen. Der Fall kann als ein Lichen planus annularis angesehen werden.

Dr. Crocker demonstriert unter anderen 1. einen **Fall von Mykosis fungoides**, 2. einen 25jährigen **Mann mit einem knotigen Gewächs** unter jedem unteren Augenlid. Die Knoten sehen dunkelrot bis bräunlich aus, sind durchscheinend und enthalten einen gelatinösen Inhalt. Da die mikroskopische Untersuchung noch nicht vorgenommen worden ist, so bleibt die Diagnose in suspenso.

Dr. J. Galloway zeigt 1. eine 44jährige Frau mit einem **Bromausschlag**, der charakterisiert ist durch erbsen- bis taubeneigrofse, rötlichbraune, eine beträchtliche Menge wässerigen Eiters absondernde Tumoren. Bei genauerer Untersuchung findet man, dafs dieselben eine deutlich papillomatöse Struktur haben. — 2. einen 30jährigen Mann mit **Pferdepocken**. Der Patient hatte 14 Pferde zu bedienen, von denen eines an der Ferse erkrankt war. Am 2. März bemerkte er zwei kleine, schmerzhafte Knötchen, eines am Kinn, das zweite dicht unter dem linken Mundwinkel. Mehrere Tage, am 4., 5. und 6. März, litt der Patient an Appetitlosigkeit, Schüttelfrösten, Fieber und allgemeinem Unwohlsein. Während dieser Zeit entwickelten sich die Knötchen zu Blasen. Diese lagen auf einem induriertem Grunde und waren von einem erythematösen Hof umgeben. Nach drei Tagen trockneten sie zu einer braunen Kruste ein. Die Submental-, insbesondere die Submaxillardrüsen waren geschwollen.

Dr. Pringle demonstriert unter anderen Fällen a. einen Fall von **Xerodermia pigmentosa** bei einem 3jährigen Mädchen; b. einen Fall von **Epithelioma der Kopfhaut**, das sich auf dem Grunde einer atrophischen Narbe von Lupus erythematosus entwickelt hat; c. einen **Fall von ulcerierendem, hypertrophischem Eccema verrucosum** bei einem 64 Jahre alten Manne, der früher lange Zeit an chronischer Dermatitis der Beine gelitten hatte.

Dr. S. West demonstriert einen **Fall von desquamativer Dermatitis der Beine mit leukodermischen Flecken am Stamm.** Vom Halse abwärts bis zum Becken war die Haut bedeckt mit unregelmäfsigen, pigmentierten und blassen Flecken. Der untere Teil des Körpers vom Becken abwärts, besonders an den Beinen, war rot mit massenhaften, grofslamelligen Schuppen bedeckt. Die Affektion besteht seit einem Jahre und erinnert an Pityriasis rubra. Der Zusammenhang zwischen der Pigmentanomalie des oberen Teiles mit dem Zustand der Beine wird in der Weise erklärt, dafs wahrscheinlich die Leukodermia mit reizenden Substanzen behandelt worden ist. — 2. einen **Fall von traumatischem Lichen planus** bei einer 36jährigen Frau, die angiebt, den Ausschlag bekommen zu haben, nachdem sie von einer Katze gekratzt worden sei. Die charakteristischen Licheneffloreszenzen haben sich an denjenigen Stellen entwickelt, welche die Katze gekratzt hatte.

Sitzung vom 14. April 1896.

(*The British Journal of Dermatology.* Mai 1896.)

Dr. Colcott Fox demonstriert einen **Fall von Hypertrophie der Nägel und Keratosis der Hände und Füfse.**

Dr. J. Galloway stellt einen 53jährigen Mann mit **Ulceration der Fufssohle und eigentümlicher Pigmentation** vor. Die Affektion begann vor fünf Jahren mit einem von einem bräunlichschwarzen Hof umgebenen Bläschen an der linken Fufssohle nahe der Basis der zweiten Zehe. Das Bläschen heilte ab, kehrte aber von Zeit zu Zeit wieder, dann immer gröfser. Schliefslich entwickelte sich aus der Blase eine Ulceration, die seitdem konstant geblieben ist. Sie ist gegenwärtig oberflächlich, unregelmäfsig begrenzt und von einem eigentümlichen bräunlichschwarzen Hofe umgeben, der an die Farbe von melanotischem Pigment erinnert. — In der Diskussion sind die Ansichten bezüglich der Natur der Pigmentation geteilt. Alle stimmen darin überein, dafs die Behandlung mit Rücksicht auf die Möglichkeit eines bösartigen Charakters der Affektion die radikale Beseitigung des Geschwürs und der umgebenden Gewebe erstreben müsse.

Dr. St. Mackenzie stellt einen **Fall zur Diagnose** vor, den die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder als **Tinea barbae mit Kerion** ansehen.

Dr. Pringle stellt vor: 1. eine 42jährige nervöse **Frau mit lokalisierter Sklerodermia.** Befallen ist die linke Seite der oberen Hälfte des Abdomens, an welcher die Patientin vor 2 Jahren wiederholte Anfälle von empfindlichen Schmerzen gehabt hatte. Der Fall war von grofsem Interesse wegen der ungewöhnlich tiefen Induration der Haut, welche, wie Dr. Crocker meint, einige charakteristische Merkmale von Sarkom aufweise. 2. einen **Fall von Lupus erythematosus,** der folgende Eigentümlichkeiten zeigt: a) die Primäreffloreszenzen waren stark knotig und täuschten Lupus vulgaris vor; b) die resultierenden Narben waren ungewöhnlich tief; c) die eigentlich erythematösen Elemente fehlten fast ganz. — Dr. R. Crocker bemerkt, dafs der Fall der Beschreibung entspreche, wie er sie in seinem Lehrbuch von dem knotigen Lupus erythematosus gegeben habe.

Sitzung vom 12. Mai 1997.

(*The British Journal of Dermatology.*) Juni 1897.

Dr. Crocker demonstriert einen **Fall von geheilter knotiger Lepra.** Die Patientin war mit wöchentlichen Einspritzungen von Sublimatlösung behandelt worden.

Dr. C. Fox stellt vor: ein 13jähriges Mädchen und ihre Mutter mit einer Affektion, die Jacquet und Darier als **Hydradénomes éruptifs**, Perry und Brooke als **Adenomata der Schweifsdrüsen** beziehungsweise **Epithelioma adenoides cysticum** bezeichnet haben. Die Tochter zeigt am Halse vom Unterkiefer abwärts bis zum Schlüsselbein eine beträchtliche Anzahl glatter, polierter, tödlich blasser Papeln von der Gröfse der Prurigopapeln. Bei genauer Inspektion sieht man solche auch im Gesichte, aber nicht so zahlreich und weniger deutlich. Die Mutter zeigt dieselbe Affektion, wenn auch nicht so intensiv und so deutlich ausgesprochen, wie die Tochter.

Dr. J. Galloway zeigt einen **Fall von Urticaria pigmentosa,** der folgende Eigentümlichkeiten aufweist: Die Läsionen sind sehr grofs, sehr hell in der Farbe; die erythematöse Periode hat sich durch einen sehr langen Zeitraum erstreckt; die gewöhnlichen Urticariaquaddeln fehlten bei allen Eruptionen. Die mikroskopische Untersuchung einer excidierten Efflorescenz ergab zahlreiche Mastzellen in derselben.

Dr. St. Mackenzie zeigt einen **Fall von Psoriasis rupioides** bei einer 57jährigen Frau. Im Alter von 16 Jahren hatte sie an beiden Knien eine Affektion, die augenscheinlich ulcerativer Natur war, wofür die vorhandenen grofsen glatten Narben sprechen. Die Geschwüre wiederholten sich an den Beinen einige Male, nachdem die Patientin geheiratet hatte. Vor 9 Jahren hatte sie zum ersten Male eine Psoriasisattacke und seitdem deren mehrere. Während die kleinen Effloreszenzen

die einer typischen Psoriasis waren, erinnerten die gröfseren namentlich an den Beinen an Rupia. Vortragender hat früher 2 ähnliche Fälle beobachtet.

Dr. Morris stellt ein 26jähriges Mädchen vor, das eine papillomatöse, rissige, dunkelrote Plaque am distalen Ende der ersten Phalanx des linken Zeigefingers und zwar auf dessen Dorsalseite zeigt. Ähnliche Läsionen befinden sich am linken Handgelenk und in der Mitte des linken Vorderarmes. Die Patientin leidet an Lungentuberkulose. Die Diagnose der Hautaffektion lautet: **Tuberculosis verrucosa mit sekundärer tuberkulöser Lymphangitis.**

Dr. Perry demonstriert einen Fall von **Varicella gangraenosa** bei einem 10 Monate alten Kinde. Die meisten Efflorescenzen waren abgeheilt, nur 2 am Hinterkopfe zerfielen geschwürig und zeigten auf dem Grunde des Geschwürs einen schwarzen Schorf. *C. Berliner-Aachen.*

New Yorker Akademie der Medizin.

Sitzung vom 10. November 1896.

(*Journal of cutaneous and genito-urinay diseases.* Februar 1897.)

Dr. J. A. Wyeth spricht über **die Behandlung der Strikturen der männlichen Urethra.** Der Vortragende erörtert nur die organischen Strikturen, die er auf eine unter dem Reize einer infektiösen Entzündung entstandene Zellproliferation zurückführt. Er unterscheidet klinisch 1. Strikturen, die $^1/_2$ Zoll der vorderen Urethra treffen, 2. solche, die zwischen diesem Endpunkt und dem Bulbus liegen, 3. solche, welche die Pars bulbo-membranacea ergreifen. Die erste Kategorie, verhältnismäfsig selten, wird nach der Erfahrung des Vortragenden durch Verletzungen und ätzende Applikationen bei der Behandlung hervorgerufen. Die Strikturen dieser Klasse werden am besten operativ durch Incision in der Mittellinie mit nachfolgender Dilatation korrigiert. Die Strikturen der zweiten Klasse werden mit der Urethrotomia interna behandelt. Für die Strikturen der Pars bulbo-membranacea empfiehlt der Vortragende ein milderes Verfahren, als es bisher bei den Ärzten beliebt ist; er warnt vor zu energischen Eingriffen.

Dr. Taylor hat Strikturen am Meatus nur durch weiche und harte Schanker entstehen sehen. Dem widerspricht Dr. Klotz, der so mancher scharfen Einspritzung die Ursache einer Striktur zur Last legt. — Dr. Fuller wünscht, dafs bei der Behandlung der Strikturen nicht nur den kühnen operativen, sondern auch milderen Methoden Rechnung getragen wird.

Sitzung vom 12. Januar 1897.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* März 1897.)

Diskussion über das Thema: **Kastration und Vasektomie bei Prostatavergröfserung.** Dr. F. T. Brown hat einen 72jährigen Greis mit Prostatahypertrophie und schwerer Harnverhaltung und anderen Urinbeschwerden in Behandlung gehabt. Das Vas deferens wurde beiderseits doppelt unterbunden, jedoch ohne nachfolgende Spaltung oder irgendwelche Resektion. Die Besserung war eine überraschende und hielt auch in der Zukunft an. Ob die Prostata kleiner geworden sei, vermag Vortragender nicht zu sagen, weil er eine Rektaluntersuchung nicht vorgenommen hatte. — Dr. H. Lilienthal hat, wo es irgend möglich war, in Fällen von Prostatahypertrophie die Kastration mit gutem Erfolge gemacht. In einem Falle mit günstigem Resultat entstand ein halbes Jahr nach der Operation ein hartnäckiger Speichelfluss, der gewöhnlich am Nachmittage beginnt und die ganze Nacht hindurch anhält, wodurch der Patient im Schlafe vielfach gestört sei. Der überaus seltene

Fall ist interessant wegen des Zusammenhanges zwischen den Testikeln und den Speicheldrüsen, wie man ihm gelegentlich bei entzündlichen Krankheiten, so namentlich bei Mumps begegnet. — Dr. B. Bangs spricht sich zunächst nur über die Unterbindung des Vas deferens aus und behält sich die Frage der Kastration für eine andere Zeit vor. Er hat an vier Fällen die Resektion der Vas deferens vorgenommen, leider nicht mit sonderlich zufriedenstellenden Resultaten. Von Interesse ist der vierte Fall, bei dem die Resektion keine Besserung der aufserordentlich schweren Erscheinungen (Schmerzen beim Urinlassen, Schmerzen und Brennen in den Fufssohlen beim Versuche zu urinieren) gebracht hatte. Vortragender bemühte sich nun durch Massage der Prostata ein Resultat zu erzielen. Es wurde jedesmal die ausgepreſste Flüssigkeit mikroskopisch untersucht. Überraschenderweise fanden sich lebende Spermatozoen in derselben. Die Massage der Prostata wurde jeden dritten bis vierten Tag wiederholt, bis plötzlich die Spermatozoen aus der Flüssigkeit verschwunden waren. Ebenso plötzlich trat Besserung der Beschwerden ein. Es konnte wenigstens, ohne Schmerzen zu verursachen, ein Katheter eingeführt und der Urin abgelassen werden. Das Brennen in den Fufssohlen verschwand vollständig. Eine Zeit lang war der Zustand befriedigend, als der Patient einen Rückfall bekam, wahrscheinlich, wie der Vortragende annimmt, durch sexuelle Reize und Coitus. Noch einmal wurde die Massagekur mit leidlichem Erfolge vorgenommen. Eine plausible Erklärung dieser Erscheinung vermag Vortragender nicht zu geben, höchstens dafs die lebenden Spermatozoen eine Hyperämie der Prostata hervorgerufen haben könnten. Die alten Beschwerden traten übrigens bei dem Patienten nach einiger Zeit wieder auf. — Dr. J. B. Walker hat bei einem 67jährigen Manne mit der Excision beider Vasa deferentia ein gutes Resultat erzielt. Die Prostata, die vorher hart, grofs und gespannt war, ist weicher und kleiner geworden. — Dr. Kammerer berichtet über zwei Fälle, bei denen er die Unterbindung des Vas deferens gemacht hat. In dem ersten Falle war auch nach Monaten nicht die geringste Besserung zu konstatieren, in dem anderen mit akuter Urinretention und vergrösserter Prostata trat andauernde Besserung und eine beträchtliche Verkleinerung der Prostata ein.

C. Berliner-Aachen.

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

38. Sitzung.

Dr. Sherwell demonstrierte einen Fall von Epitheliom mit folgender Krankengeschichte: Frau B., aus den Vereinigten Staaten, 64 Jahre alt, verheiratet, hatte vor acht Jahren ein kleines, gefäfsreiches Gewächs auf der linken Wange unter dem Auge bemerkt. Beim Reiben oder sonstiger Reizung blutete die Stelle erheblich. Schliefslich verschwand das Gebilde und hinterliefs nur eine kleine Narbe, späterhin aber erschien weiter abwärts auf der Wange eine andere kleine Neubildung, welche, nach der von der Patientin gegebenen Schilderung zu urteilen, Lupus gewesen zu sein scheint. Heilung erfolgte durch eine interkurrente Attacke von Erysipel und es blieb nur eine kleine, kreisförmige, oberflächliche Narbe zurück. Einige vier oder fünf Jahre später Jahre später entwickelten sich auf der anderen Seite auch Stellen von dem nämlichen Aussehen und offenbar von der gleichen Beschaffenheit. Mit Ausnahme eines einzigen weiter oben auf der Backe gelegenen Gebietes scheinen sie alle spontan vernarbt zu sein, die unterste Stelle aber, die am meisten Interesse bietet, fing in derselben Weise wie die anderen an; sie ist mit verschiedenen Salben behandelt worden, ist aber durch Kratzen und in verschiedentlichen anderen Manieren ständig gereizt worden. Gegenwärtig bietet die Affektion das Aussehen eines Epithelioms

dar. Ob im Anfang Lupus bestanden hat oder nicht, ist schwer zu sagen. — Dr. MORTON pflichtet der Diagnose bei und glaubt, dafs das Epitheliom in der That sich auf Lupusgewebe entwickelt hat.

Der Umstand, dafs die ersten Läsionen durch einen Anfall von Erysipel beseitigt worden waren, gab Anlafs zur Besprechung der Frage von der **therapeutischen Anwendung der Erysipeltoxine.** — Fälle von inoperablem Krebs wurden von Drs. SHERWELL und WINFIELD erwähnt. Ersterer sagte, er habe einige nach dieser Methode behandelten Fälle mit grofsem Interesse verfolgt. Bei einem derselben schien anfangs eine Besserung zu konstatieren zu sein, aber schliefslich erlag der Kranke seinen Leiden. — Dr. WINFIELD teilte mit, dafs er Gelegenheit gehabt habe, drei Fälle von inoperablem Carcinom zu beobachten, bei denen diese Methode in Anwendung kam. Bei dem einen Falle handelte es sich um Krebs an den Drüsen im SCARPAschen Dreieck, bei dem zweiten an den Drüsen des Halses und beim dritten lag ein Carcinoma omenti vor. Bei dem Kranken mit Halsdrüsenkrebs war das Neoplasma wahrscheinlich von der Schilddrüse ausgegangen. Als Redner den Fall überwiesen erhielt, war alle Hoffnung auf einen erfolgreichen chirurgischen Eingriff aufgegeben, und es wurde nur als ein letzter Versuch zu der COLEYschen Methode gegriffen. Die Injektionen wurden direkt in den Tumor hinein gegeben. Es entwickelte sich eine heftige Attacke von Erysipel, wodurch der Kranke dem Tode nahe gebracht wurde. Nach einer langsamen Rekonvalescenz von dieser akuten Erkrankung fing das carcinomatöse Gewächs zu gangränescieren an und auf diese Weise wurde eine grofse Menge Schleimgewebe ausgestofsen. Es wurde darauf noch eine Injektion gemacht mit einem weit weniger intensiven akuten Resultat. Die Wirkung auf die Neubildung war sehr gering, obgleich etwas mehr Gangränbildung noch eintrat. Schliefslich platzte eine Arterie und es trat eine sehr reichliche Blutung ein. Der gesetzte Shock war so schwer, dafs der Patient verschied. Bei den beiden anderen Fällen war das Ergebnis, aufser dafs während einer kurzen Zeit das Fortschreiten des Tumors retardiert zu sein schien, auch ein negatives. — Dr. WINFIELD hob hervor, dafs Dr. COLEY, der Autor dieser Methode, angegeben hat, dafs die Wirkung der Toxine beim Epitheliomkrebs weniger gut ist als bei den anderen Arten. Im allgemeinen herrschte bei allen Anwesenden die Meinung vor, dafs diese Methode zu riskant ist, um zu häufigerer Anwendung zu berechtigen.

Dr. JEWETT stellte einen Fall zum Diagnostizieren vor: Eine 38jährige Waschfrau, Deutsche, zeigt auf dem zweiten Finger an beiden Händen ein knolliges und warziges Gewächs etwa von der Gröfse eines Zehncentstückes. Ihrer Angabe nach waren die Läsionen zuerst in Form von Bläschen hervorgetreten. Vortragender ist der Meinung, dafs es sich um **tuberkulöse Wucherungen** handelt, worin ihm Drs. WINFIELD und SHERWELL beistimmen und die Behandlung mit Curettement und Kauterisieren empfehlen. — Dr. MORTON hält das Leiden nicht für tuberkulös, doch wollte er eine bestimmte Diagnose nicht stellen.

Dr. JEWETT stellte ferner einen Fall von **fast universeller Leukodermie** bei einem 36jährigen Manne vor. Der Pigmentschwund hatte bald nach einer Operation angefangen und hatte seit einem Jahre bereits bestanden. Ein vollständiger Bericht mit Photogrammen soll später publiziert werden.

39. Sitzung.

Da diese Sitzung den Jahresabschlufs bildete, wurde der gröfsere Teil des Abends auf Verwaltungsangelegenheiten verwendet. Der Schriftführer machte Mitteilung von dem im September erfolgten Ableben des Vorsitzenden Dr. G. D. HOLSTEIN. Der Vicepräses, Dr. RAYNOR, erteilte dem Schriftführer die Anweisung, der Witwe und Familie das Mitgefühl der Gesellschaft auszusprechen.

Bei dem wissenschaftlichen Teil der Sitzung demonstrierte Dr. Morton eine von Dr. Bronson angegebene neue **Akne-Curette** und sprach die Meinung aus, dafs ein besseres Instrument dieser Art noch nicht erfunden worden ist. Dasselbe ist sowohl zum Curettieren als auch zum Exprimieren von Komedonen zu verwenden.

Dr. Sherwell zeigte einen Fall von **Gumma auf der Stirn.** Der 58jährige Patient stammte aus den Vereinigten Staaten; er wufste über ein Primärgeschwür oder anderen Hautausschlag keine Angaben zu machen. Vor etwa zwei Jahren fing ein hartes Knötchen auf der Stirn in der Mitte zwischen der Haargrenze und der Nasenwurzel sich zu entwickeln an. Dasselbe ging rasch in Auflösung und Geschwürsbildung über. Es waren mehrere Ärzte befragt und die Diagnose war auf Krebs gestellt worden. Die Stelle war ohne allen Erfolg currettiert und kauterisiert worden. Daraufhin hatte Patient den Vortragenden konsultiert, der nach dem Aussehen der Läsionen im allgemeinen dieselbe nicht für carcinomatös hielt, sondern an vernachlässigte Syphilis dachte. Er liefs den Kranken eine antisyphilitische Kur durchmachen und das Geschwür heilte bereits nach zwei Wochen. Der Fall wurde deshalb demonstriert, um zu zeigen, wie leicht die Spätläsionen der Syphilis als Krebs imponieren können.

Dr. Winfield schilderte eine Beobachtung, bei der der behandelnde Arzt einen vermeintlichen Fall von Lupus operiert hatte. Schliefslich wurde der Patient ihm (Redner) überwiesen und als **tuberöse Syphilis** diagnostiziert. Gemischte Behandlung war von bester Wirkung und der betreffende Patient erfreut sich jetzt vollkommener Gesundheit.

(Nach Diktat.) James Mc Farlane Winfield, M. D., Schriftführer.
(Übersetzt von Dr. Philippi-Remscheid.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Zur Differentialdiagnose der Lepra, von Martin Brasch. (*Allg. med. Centralzeitung.* 1896. No. 78.) Diagnostische Schwierigkeiten entstehen bei der Lepra durch die Polymorphie der Exantheme und die Ähnlichkeit des Symptomenbildes der Syringomyelie. Diese Schwierigkeiten traten besonders hervor bei dem vom Verfasser beobachteten Falle. Es handelt sich um einen 49jährigen, dem Alkoholismus fröhnenden Patienten, bei dem als erste Anomalie vor 10 Jahren halbseitiges Schwitzen und Pupillendifferenz festgestellt wurde. Später entwickelte sich ein Krankheitsbild, bestehend in ausgedehnterem Muskelschwund, Sensibilitätsstörungen, zum Teil mit dem Charakter der Dissoriation und ausgedehnter Vitiligo. Der Muskelschwund betraf die ganze rechte Oberextremität und hatte angeschlossen an eine Neuritis n. mediani und radialis. Die Abstumpfung der Sensibilität entsprach an der Hand ziemlich genau diesen Nerven. Die ganze rechte Seite ist hypästhetisch. Diese Hypästhesie erstreckt sich auch auf die an dieser Seite liegenden Vitiligoflecke, ohne dafs diese sich durch besondere Anästhesie von der Umgebung abhoben, während die an der linken Seite

gelegene normal sensibel waren. Die Diagnose, in diesem Falle auf Syringomyelie und Vitiligo gestellt, wurde dem Verfasser zweifelhaft, als er bei Blaschko einen ähnlich aussehenden Leprafall sah und erfuhr, dafs sein Patient vor vielen Jahren $^3/_4$ Jahre in Memel gelebt hatte. Verfasser erörtert nun die Möglichkeit, dafs hier ein Leprafall vorliegen könnte, eingehend, ohne sich bestimmt zu entscheiden.

Bemerkungen zum vorliegenden Falle, von Blaschko. Die Ansicht von Zambaco Pascha, dafs alle Syringomyeliefälle der Lepra zuzuzählen sind, ist nicht haltbar. Es besteht nur eine Ähnlichkeit der Symptome, die allerdings im Einzelfalle der Diagnose erheblich Schwierigkeiten bieten kann. Das Hauptunterscheidungsmerkmal ist, dafs bei der Syringomyelie die nervösen Störungen zentraler Natur sind, während die Lepra periphere, oder wenigstens erst nach sehr langem Bestande zentrale Erscheinungen auslöst. Da in dem vorliegenden Falle spinale Erscheinungen — Hemihyperidrosis, Pupillendifferenz — sehr früh auftraten, ist wohl kaum Lepra anzunehmen. Was die Vitiligo betrifft, so sind die gewöhnlich angeführten Unterscheidungsmerkmale zwischen einfacher Vitiligo und der leprösen Morphoea zum grofsen Teil nicht ganz stichhaltig. Alte Lepraflecken sind doch den gewöhnlichen Vitiligoflecken sehr ähnlich. Der Rand kann hyperpigmentiert und scharf, die Haut weich, faltbar, schuppenfrei sein. Bemerkenswerter ist die Lokalisation, da Lepraflecke mehr den Rumpf, besonders die medialen Teile desselben, befallen, während die Vitiligo Gesicht, Vorderarme und Hände und mit Vorliebe den Beckengürtel betrifft. Entscheidend sind die Sensibilitätsstörungen, die bei Lepraflecken nie fehlen; Thermoanästhesie und Analgesie sind stets vorhanden. Im dem vorliegenden Falle besteht die Hypästhesie nur an der rechten Seite, ist nicht nur an die Flecke gebunden, sondern betrifft die normalen und vitiliginösen Hautstellen gleichmäfsig, während die Flecken der linken Seite normale Sensibilität haben. Das spricht sehr gegen Lepra. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinische Beobachtungen an zwei Leprösen, von Brieger. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 50.) Verfasser stellte in der Gesellschaft der Charité-Ärzte zwei Leprafälle vor. Ein 19jähriges Mädchen aus der Memeler Gegend, deren zwei Geschwister auch leprös sind, zeigt ausgedehnte tuberöse Lepra mit zahlreichen Knoten an Haut und Schleimhaut. Auch die Nerven sind stark beteiligt. Tast- und Wärmesinn an den Extremitäten fast ganz erloschen. Das Leiden schreitet schnell vor; die Kranke mufste tracheotomiert werden. Im Sputum massenhaft Bacillen; ob auch Tuberkelbacillen darunter, ist noch unentschieden. In weitesten Grenzen schnell wechselnde Albuminurie mit hyalinen Cylindern ohne Bacillen sind wahrnehmbar. In der Periode der starken Albuminurie stellen sich zuweilen Veränderungen der Psyche ein: geistige Verwirrtheit, Hallucinationen, religiöse Wahnvorstellungen, Nahrungsverweigerung. Auch diese Erscheinungen sind starken Schwankungen unterworfen. Verfasser glaubt, dafs es sich hier um psychische Störungen infolge einer vorübergehenden urämischen Intoxikation handelt. Die therapeutischen Erfahrungen bei diesem Falle lehrten wiederum die Nutzlosigkeit aller Mittel. Auch Pferdeserum half nicht, ebensowenig ein interkurrentes Erysipel. Jodkalium bringt Schaden, selbst in kleinen Dosen: Fieberanfälle, Kräfteverfall.

Angestellte Impfungen am Euter einer Ziege bewirkten die Entwickelung eines langsam wachsenden Knotens, der aber später wieder schwand. Die Ziege bleibt in Beobachtung. Stoffwechseluntersuchungen lehrten, dafs die Ätherschwefelsäuren sehr erheblich vermehrt sind, was ja auf viel Fäulnisprodukte deutet.

Der zweite Fall betrifft einen 41jährigen Mann, der 17 Jahre lang als Oberlazaretgehülfe in den holländischen Kolonien thätig war und viel mit Leprösen in Berührung kam. 1885 plötzlich Taubsein in Händen und Füfsen, was aber wieder

verging. Seit 1890 braunrote, schilfernde Flecke an den verschiedenen Körperteilen, die stellenweise konfluieren; seit 7—8 Monaten auch das Gesicht ergriffen, die Haut verdickt, die Cilien ausgefallen. Knoten nicht vorhanden. Im Blute, das den fleckigen Teilen entnommen ist, finden sich Leprabacillen. Die Sensibilität ist nur an den Unterschenkeln total geschwunden, am übrigen Körper fast normal. Infolge dessen hat Patient sich am Unterschenkel, ohne es zu merken, eine Brandblase zugezogen. Im Blaseninhalte fanden sich Bacillen. Als charakteristisch hervorzuheben ist hier noch die Atrophie der Interossei an den Fingern.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Der Einfluſs akuter, spezifischer Krankheiten auf die Lepra, von P. E. Todd. (*Brit. med. Journ.* 20. Juni 1896. S. 1499.) Sieben Patienten, welche Erysipel hatten, starben, bei 36%, die die Krankheit acquirierten, wurde der Zustand schlimmer und bei 64% war gar keine Besserung zu sehen. Ebenso hatten Masern keinen günstigen Effekt auf die Lepra. Der Prozentsatz von Leprösen, welche an Tuberkulose sterben ist ein hoher. Hervorzuheben ist hierbei die auffallende Verminderung der Infiltration im Gesichte der Leprösen, sobald dieselben von Tuberkulose befallen sind. Dafür bringt der Verfasser ein Beispiel aus seiner Praxis.

Syphilis kann gleichzeitig mit der Lepra einhergehen, ohne daſs die spezifischen Produkte beider Krankheiten einander irgendwie beeinflussen.

C. Berliner - Aachen.

Ein Fall von **Lepra anaesthetica und maculosa,** von E. S. Reynolds. (*Brit. med. Journ.* 8. Februar 1896. S. 337.) Der 52jährige Patient der Oktober 1894 wegen Paralyse der Hände und des Gesichts ins Hospital kam, erzählte bei der Aufnahme, daſs im Beginn des Jahres 1893 die Kraft in der linken Hand, später in der rechten und in den Beinen stetig abnahm. Eines morgens erwachte er mit der Wahrnehmung, daſs die rechte Seite des Gesichts gelähmt sei, und daſs er das rechte Augenlid nicht schlieſsen könne. Gegenwärtig erinnert der Zustand des Patienten lebhaft an eine progressive Muskelatrophie, die Verfasser auch als vorliegend angenommen hatte, bis er eines Tages durch einen Kollegen auf typische, lepröse Flecken auf der Brust und am Rücken aufmerksam gemacht wurde.

Der Status, wie der weitere Verlauf des Falles werden sehr ausführlich im folgenden mitgeteilt. *C. Berliner-Aachen.*

Eine vielversprechende Behandlung der Lepra, von H. R. Crocker. (*Lancet.* 8. August 1896.) Zur weiteren Prüfung empfiehlt C. die subcutane Injektion von Sublimat (0,01), ein- bis zweimal wöchentlich, möglichst tief in die Muskeln der Glutäen, zu injizieren. Bei zwei Kranken, welche 60 resp. 45 solche Injektionen erhielten, trat eine ganz unverkennbare Besserung ein. Die Veranlassung zur Anwendung dieses Verfahrens gab ein 36jähriges Mädchen, das von einer überseeischen Kolonie nach England zurückgekehrt, wegen Verdacht auf Syphilis auf diese Weise behandelt worden war. Bei der Aufnahme war Verfasser über die Diagnose durchaus nicht im Zweifel, beschloſs jedoch, da seit der Behandlung die Läsionen sich zurückgebildet hatten, auf dieselbe Weise fortzufahren.

Der zweite Fall betraf einen 87jährigen Handwerker, Missionar, der das Leiden in Afrika vor zwei Jahren acquiriert hatte. Bei diesem war, wie die Abbildungen zeigen, schon nach 27 Injektionen in 15 Wochen die Besserung eine eklatante.

Philippi-Remscheid.

b. *Tuberkulose.*

Über einen Fall von inokulierter Hauttuberkulose, von G. D'Urso. (*Policlinico.* 1896. No 11.) Ein Anatom hatte sich bei seinen Experimenten ein typisches Tuberculum anatomicum am Handrücken zugezogen, das zu einer knotenförmigen Lymphangioitis ohne Adenitis Anlafs gegeben hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein zahlreicher Riesenzellen bei vollständigem Fehlen von Verkäsung oder Koagulationsnekrose in den affizierten Geweben. Die sorgfältigste Untersuchung nach Tuberkelbacillen oder anderen Mikroorganismen blieb negativ. Inokulationen auf Meerschweinchen blieben bezüglich einer Impftuberkulose ebenfalls resultatlos. Diesen negativen Befund führt Verfasser zurück auf die geringe Menge des inokulierten Virus. *C. Müller-Genf.*

Über den Wert der Inokulationen bei der Diagnose der chirurgischen Tuberkulose, von Nannotti. (*Policlinico.* 1896. No. 10.) Verfasser warnt davor, aus dem negativen Befunde bei Inokulationen von als tuberkulös verdächtigem Material vom Menschen auf das Tier (Meerschweinchen) gleich auf nicht Vorhandensein einer spezifischen Infektion beim ersteren schliefsen zu wollen. Vielmehr hängt das Resultat vielfach ab von der Periode der Entwickelung der Affektion und infolge dessen von der Menge und Toxicität des tuberkulösen Virus. *C. Müller-Genf.*

Heilung lokaler Hauttuberkulose durch Stauungshyperämie (Bier'sche Stauung), von Dr. Gerhard Woltersdorf. (*Dtsche. med. Wochenschr.* 1896. No. 41.) Verfasser hatte sich im Mai 1892 bei einer Sektion während des Zerlegens einer tuberkulösen Lunge über dem ersten Interphalangealgelenk des vierten Fingers der linken Hand verletzt. Trotzdem die Wunde nach Desinfizierung gut geheilt war, zeigten sich nach 10 bis 12 Wochen die ersten Zeichen des Leichentuberkels, welcher dann allmählich zunahm. Alle angewandten Medikamente wie Hydrarg. cin., Sublimat, Creosot hatten keinen Erfolg, erst als Verfasser nach seiner Verlobung auf diesem Finger einen Ring trug, der wegen der Schwellung des Fingers eine Kompression bedingte, heilte die Hauttuberkulose im Verlauf von 3 bis 4 Monaten vollständig. Ein Recidiv ist nicht erfolgt. Deshalb rät Verfasser zur Behandlung des Lupus faciei zur Unterbindung der Vena facialis. *L. Hoffmann-Berlin.*

Fall von Lupus vulgaris der oberen Extremität in disseminierten Herden, von Dubois-Havenith. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 51.) Es handelt sich um ein 29jähriges Mädchen ohne hereditäre Belastung, bei dem im Alter von 4 Jahren zum ersten Male an der Hand eine nicht genauer bekannte Affektion auftrat, bei welcher Gelegenheit der behandelnde Arzt wiederholt Auskratzungen vornahm, die aber den Zustand nur verschlimmerten. Als aber nach einiger Zeit alles zur Norm zurückgekehrt zu sein schien, erlitt das Kind einen Sturz, worauf an der früher affizierten Stelle angeblich ein Abscefs entstand, der incidiert wurde. Hierauf zeigten sich an der nämlichen Stelle die ersten lupösen Erscheinungen, welche zunächst in der Umgebung weit um sich griffen und nach und nach zu zahlreichen (ca. 20) über den ganzen Arm bis zur Schulter verbreiteten Herden führten. Verfasser meint, dafs bei dem intakten Organismus der Patientin das Gift bei den chirurgischen Eingriffen von aufsen in die Haut eingetreten und auf dem Lymphwege weitergeschleppt worden sei. Die Behandlung besteht in ausgiebigem Auskratzen, Kauterisieren und Auswaschen der Plagnes, Zerstörung der isolierten oder bei der ersten Sitzung übersehenen resp. später frisch entstandenen Herde. Lange Beobachtung des Falles.

C. Müller-Genf.

Lupus geheilt mit Thyreoidextrakt, von H. Marson. (*Brit. med. Journ.* 21. März 1896. pag. 725.) Die 20jährige Patientin litt an Lupus der Nase und der Oberlippe. Vor vier Monaten begann die Krankheit mit einer ganz kleinen Efflorescenz und dehnte sich nach und nach aus. Im Anfang war die Diagnose zweifelhaft, weshalb mit Jodkalium behandelt wurde. — Später erwies sich der Fall als äufserst typischer Lupus. Da Verfasser schon früher in zwei Fällen von Lupus Thyreoidextrakt mit Erfolg angewandt hatte, so versuchte er dasselbe auch im vorliegenden Falle. Die Patientin erhält dreimal täglich 1 Tablette à 5 Grain. In 14 Tagen machte sich in dem Zustande der Patientin eine schwache Besserung bemerkbar. Diese hielt an, und in 7 Wochen war der Lupus abgeheilt, es bestand nur noch Röte der Naht. Gegenwärtig, 8 Monate später, hat die Nase ein vollständig normales Aussehen. Gleichzeitig mit der Thyreoidbehandlung wurde auch Leberthran gegeben.

C. Berliner-Aachen.

Die subcutanen Injektionen nach Durante bei den verschiedenen Formen der chirurgischen Tuberkulose, von Campanini. (*Policlinico.* 1896. No. 10.) Die von dem Verfasser mitgeteilten aufserodentlich günstigen Resultate, welche mit Injektionen 1 bis 5%iger Jod-Jodkalilösungen erzielt wurden, beziehen sich auf tuberkulöse Affektionen der Gelenke, des Peritoneum, der Lymphdrüsen, der Haut und des Nebenhodens.

C. Müller-Genf.

c. *Syphilis.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Nephritis, von Theodor Döderlein. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 41.) Die Grundlage dieser Arbeit bildet ein klinisch genau beobachteter Fall, der dann zur Sektion kam und ein interessantes Untersuchungsergebnis darbot.

In der Einleitung hebt der Verfasser hervor, wie der Umstand, dafs Nephritis bei sekundärer Syphilis meistens wirklich Nierensyphilis sei, bisher immer noch eine offene Frage war, da nur wenige Fälle zur Sektion kamen und bei diesen eine genauere Untersuchung sich lediglich auf die Nieren beschränkte. Man konnte also unmöglich mit Bestimmtheit feststellen, ob oder wie weit der nephritische Prozefs von der Syphilis abhängig war, da man keinen Anhaltspunkt zum Vergleichen hatte.

In dem vom Verfasser geschilderten Falle bestand nun die Untersuchung in einer genauen Vergleichung der Veränderungen in den Hauptorganen des Körpers mit denen der Nieren. Dem Autor erscheint dadurch die spezifische Art der Nephritis bei sekundärer Syphilis in so eklatanter Weise dargethan, dafs diese Untersuchungsmethode, wenn weiter verfolgt, gute Erfolge erzielen würde. Aus der Krankengeschichte sei folgendes hervorgehoben:

19jähriger Student, im Frühjahr 1895 luetisch infiziert. Fleckiges Exanthem. Im November drei Kalomeleinspritzungen, dazu Hydrargyrum-Pillen. Bald darauf Nachtschweifse, Frostanfälle, Drüsenschwellungen. Aufnahme ins Hospital 4. Dezember. Es besteht ein ausgebreitetes Exanthem, wahrscheinlich merkurieller Art; dasselbe schwindet in den nächsten Wochen. Dann tritt Eiweifs im Harn auf, jedoch nur vorübergehend. Verdauungsbeschwerden. Zeitweilige Anurie von tagelanger Dauer. Von Mitte Januar ab: Durchfall, Benommenheit, Schlafsucht. 15. Januar Urin mit wenig Eiweifs, spärlichen Hyalin- und granulierten Cylindern, vielen Leukocyten, kein Epithel. Exitus am Abend.

Die genaue Untersuchung wies nun nach, dafs die pathologischen Veränderungen der Hauptorgane von rein interstitiellem Charakter seien. Es fand sich nämlich in den Lungen und Lymphdrüsen Induration, eine scheinbar schon gummabildende Induration der Leber und in den Nieren die interstitielle subakute Nephritis.

Fragt man, woher kommen alle diese Veränderungen und in welchem Zusammenhang stehen dieselben zu einander, so sei es im höchsten Grade wahrscheinlich, daſs das syphilitische Gift diese analogen interstitiellen entzündlichen Prozesse hervorgerufen habe. Die Induration der Leber und die der Lymphdrüsen gelte ja allgemein als charakteristisch-syphilitische Erkrankung, nun sei auch für den interstitiellen Prozeſs in Lunge und Niere die gleiche Ursache anzunehmen. Es handelte sich um eine akute Exacerbation sekundärer Syphilis. Die gleichmäſsig verbreiteten diffusen interstitiellen Wucherungen lieſsen darauf schlieſsen, daſs ein den ganzen Körper durchseuchendes Toxin die Ursache dieser Wucherungen sei und nicht eine Lokalisation von etwaigen Giftkeimen, wie bei Tuberkulose. Man könne daher annehmen, daſs die Veränderungen in den Nieren, wo dasselbe Reizmittel cirkulierte, von eben diesem Reizmittel verursacht sind.

Auch die zwischen dem pathologischen Befund und den klinischen Erscheinungen bestehende Harmonie ist beachtenswert. Trotz der schweren Nephritis, trotz tagelanger Anurie enthielt der Urin nur spärlich Eiweiſs und Cylinder, aber gar kein Epithel, was auf den rein interstitiellen Charakter der Affektion zurückzuführen ist.

Dönderlein behauptet schlieſslich resumierend: „Die interstitielle Nephritis bei sekundärer Syphilis ist spezifisch für dieses Stadium, und die so häufig bei sekundärer Syphilis vorkommenden Albuminurien — die so prompt auf Hg reagieren — sind wahrscheinlich meistens von dieser Art der Nierenerkrankung bedingt.“

Neuhaus - München.

Syphilitische Gelenkerkrankungen bei Kindern, von H. B. Robinson. (*Brit. med. Journ.* 16. Mai 1896. S. 1191.) Man kann nach der Ansicht des Verfassers die syphilitischen Gelenkerkrankungen folgendermaſsen klassifizieren:

1. Epiphysitis der Kinder.

2. Symmetrische Auftreibungen, gewöhnlich zwischen dem 8.—15. Lebensjahre auftretend. Beide Formen sind eng mit kongenitaler Syphilis verknüpft.

3. Ostitis, a) mit einfacher Auftreibung; b) mit gummöser Infiltration der Synovialmembran und Auftreibung.

4. Primäre, gummöse Synovitis.

Diese letzteren Formen können sowohl bei hereditärer wie bei acquirierter Syphilis vorkommen.

Der Verfasser beschreibt die einzelnen Formen näher und erhärtet sie durch Krankengeschichten aus seiner Praxis. *C. Berliner-Aachen.*

Die chronisch-intermittierende Syphilisbehandlung und ihre Gegner, von Dr. Jessner - Königsberg i. Pr. (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 10 u. 11.) J. ist der Ansicht, daſs man von der chronisch-intermittierenden Behandlung die relativ besten Resultate zur Zeit zu erwarten berechtigt ist. Der Arzt, für den ein Schema nur dazu da ist, um in dasselbe von Fall zu Fall die nötigen Modifikationen einzutragen, der mit den Augen des Praktikers und gleichzeitig mit den Augen des Spezialisten seine Patienten zu betrachten gewohnt ist, der die Kontraindikationen kennt und beherzigt, der mit der bei jeder differenten Kur nötigen Vorsicht zu Werke geht, der Arzt wird auch niemals Schaden von dieser Behandlungsmethode zu fürchten haben. Die sog. prinzipiellen Einwände gegen dieselbe vermag J. als solche nicht anzuerkennen, glaubt vielmehr, daſs diejenigen, die sich prinzipielle Gegner nennen, re vera garnicht solche sind. Das Prinzip der Methode ist, daſs man auch in symptomfreier Zeit, in der sog. Latenz, während der ersten Jahre durch wiederholte Kuren eingreift. Wer also einerseits in symptomfreier Zeit — so vor der Heirat — eine Kur gestattet, andererseits in bestimmten Fällen — bei maligner Syphilis — und bei

bestimmten Gruppen von Patienten — bei Puellis publicis — auch eine Reihe solcher Kuren gestattet, der hat sich selbst der Eigenschaft eines prinzipiellen Gegners entkleidet. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über den Wert der frühzeitigen Quecksilberbehandlung der Syphilis, von Colombini und Simonelli. (*Atti della r. Accademia dei Fisiacritici.* 1896. Bd. VIII und *Rif. med.* 1896. No. 191, 192.) Gestützt auf eine Reihe von hämatologischen Untersuchungen mit der Quecksilbertherapie im Stadium der Initialsklerose (Abnahme der roten Blutkörperchen) warnen die Verfasser vor einer Abschwächung des im Kampfe gegen die Infektion befindlichen Organismus durch Anämisierung. Sie teilen die Ansicht von Pellizzari, wonach das Quecksilber nicht in der Zerstörung des spezifischen Giftes, sondern in der Bekämpfung der Krankheitserscheinungen seine Wirksamkeit entfaltet. *C. Müller-Genf.*

J. Metzerott betont die Unzulänglichkeit der lokalen und internen Medikation bei der **Behandlung der Syphilis** und tritt warm für die Inunktionsmethode in allen Stadien der Erkrankung ein, ganz besonders bei den Schleimhauterkrankungen der Sekundär- und Tertiärperiode. (*Amer. med.-surg. bull.* 25. Juli 1896.)
H. Einhorn-München.

Über den Wert der hypodermatischen Injektionen in der Behandlung der Syphilis äufsert sich H. Hallopeau in der *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie* in folgenden Schlufssätzen:

1. Die hypodermatischen Injektionen löslicher Quecksilbersalze müssen definitiv verlassen werden, denn sie sind zu schmerzhaft, um sie in genügender Dosis anwenden zu können, und es wäre gefährlich Kokain zur Abschwächung des Schmerzes anzuwenden.

2. Die hypodermatischen Injektionen des grauen Öles sind wenig gefährlich, wenn man sich an mäfsige Dosen hält. Man kann ihnen zum Vorwurf machen, dafs sie nicht gestatten, täglich die Dosis des Medikaments zu graduieren. Sie müssen reserviert bleiben für die Hospitalpraxis und für Patienten, die sich nicht zu Hause behandeln können.

3. Die Injektionen von Kalomel haben das sehr unangenehme oft sehr schmerzhaft zu sein. Das genügt, um sie für die laufende Praxis zu verwerfen. Sie sind für Fälle, wo ein sehr energisches Eingreifen indiziert ist und für rebellische Manifestationen der Syphilis zu reservieren. Sie können noch wirken, nachdem die andern Mittel erschöpft sind. Zu demselben Zwecke möge man die Inunktionen in der regio-synapubia versuchen.

4. Die Kalomelinjektionen, auch wenn sie mit den minitiösesten Vorsichtsmafsregeln angewendet sind, können zu Abscessen führen.

5. Die Verhärtungen, welche den Injektionen unlöslicher Salze folgen, können die Stelle der Haut für spätere Syphiliserscheinungen bilden.

(Diese Sätze dürften bei den meisten Autoren nicht ohne Widerspruch bleiben. Wie ist es z. B. zu erklären, dafs die Injektionen löslicher Salze für so schmerzhaft gehalten werden? Das widerspricht doch allen Erfahrungen. Macht H. etwa wirklich die Injektionen hypodermatisch statt intramuskulär? Dann wäre allerdings seine Ansicht eher verständlich. Dann ist aber nicht das lösliche Salz, sondern die unrichtige Injektion Schuld an dem Schmerz. Ebenso dürfte die Anschauung von der geringen Gefährlichkeit des grauen Oles, von der häufigen Abscefsbildung nach Kalomelinjektionen kaum die allgemeine sein. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die subcutane Kalomelbehandlung der Syphilis, von Prof. Breda. (*Rivista veneta di scienze med.* 1896. Heft IV.) Verfasser macht seit Jahren einen ausgiebigen Gebrauch von Kalomelinjektionen bei allen schweren und hartnäckigen Fällen sekundärer und tertiärer Lues und erklärt, dafs keine andere Methode und kein anderes Medikament rascher und gründlicher zum Ziele führt. *C. Müller-Genf.*

Über die Kalomelinjektionen bei Syphilis, von Asselbergs. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 46.) Nach einer längeren Auseinandersetzung über Dosierung, Technik, Vorteile und Nachteile der Methode kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die Kalomelinjektionen sind ein mächtiges Hülfsmittel bei der Syphilisbehandlung. In Anbetracht der mit der Methode verbundenen Übelstände (Schmerzhaftigkeit, Knoten- und Abscefsbildungen etc.) kann von einer systematischen Kalomeltherapie nicht die Rede sein. Man wird überall da zu den Kalomelinjektionen Zuflucht nehmen, wo es darauf ankommt, zur Vermeidung von visceralen Komplikationen rasch zu handeln oder wo andere Methoden im Stich gelassen haben oder endlich, wo es sich um Intoleranzerscheinungen des Magens, Empfindlichkeit der Haut, individuelle Nachlässigkeit handelt. *C. Müller-Genf.*

Über Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit, von Ludw. Waelsch. (*Prag. med. Wochenschr.* 1896. No. 30.) Von Dreser ist auf theoretische Voraussetzungen hin ein neues lösliches Quecksilberdoppelsalz hergestellt, das Kaliumquecksilberhyposulfit, von dem er annimmt, dafs es die Eiweifsfällungen nach der Injektion vermeidet, lokale Erscheinungen verhütet, eine genaue Dosierung gestattet. Rille hat das Präparat, allerdings unter zahlreichen Einschränkungen, empfohlen. Der Verfasser hat es auf der Klinik von Pick an 73 Fällen geprüft und kommt zu einem durchaus ungünstigen Urteil. Das Präparat ist ja wirksam, macht aber lokale und allgemeine Erscheinungen unangenehmer Art. Es ist aufserdem sehr leicht zersetzlich. Das Kaliumquecksilberhyposulfit scheint deshalb nicht geeignet das Sublimat zu ersetzen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Wirkung des Jodkaliums in der Frühperiode der Syphilis, von Dr. Theodor Baer. (*Therapeut. Monatsh.* 1896. No. 10.) Verschiedenartige Versuche, die in der Herxheimerschen Abteilung ausgeführt wurden, ergeben, dafs sämtliche organische Krankheitserscheinungen der Sekundärperiode, also die verschiedenen Exanthemformen, die Plaques der Mundschleimhaut, die impetiginösen Efflorescenzen, wie sie häufig an dem behaarten Kopf beobachtet wurden u. s. w., von dem Jodkalium unbeeinflufst blieben. Handelte es sich aber um hypertrophische Prozesse, so war ein Einflufs nicht zu verkennen. So zeigten die im Anfang ausschliefslich mit Jodkalium behandelten Fälle von hypertrophischen Papeln etc. völliges Zurückgehen der Wucherungsprodukte, während ein flaches Infiltrat meistens zurückblieb. Dieses verschwand erst mit dem Einsetzen der lokalen Behandlung im Verein mit der allgemeinen Quecksilberkur. Fälle, bei denen das Hg. nur langsam die hypertrophischen Prozesse beeinflufste, zeigten bei Verabreichung von Jodkalium eine viel schnellere Rückbildung. Die Fälle ferner, bei welchen schon von vorneherein Jodkalium und Hg. gleichzeitig in Anwendung gebracht wurden, hatten ebenfalls eine promptere Resorption der gewucherten Papeln im Gefolge, als die ausschliefslich mit Hg. behandelten. Anfangs wurden nur kleine Dosen Jodkalium (1,0) pro die gegeben, um dann rasch bis zu 20,0 pro die zu steigen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Serumbehandlung der Syphilis, von A. S. Barling. (*Brit. med. Journ.* 8. Februar 1896. S. 334.) Der Patient litt an einem harten Schanker, der schliefslich einen phagedänischen, bedrohlichen Charakter annahm. Gleichzeitig waren sekundäre

Erscheinungen aufgetreten. Unter Injektionen von antisyphilitischem Serum (1—10 ccm) angeblich, heilte der Schanker ab und verschwanden die Sekundärsymptome. Verfasser schreibt auf Grund eines einzigen Falles der Serumbehandlung eine sehr gute Wirkung zu und empfiehlt dieselbe zu weiteren Versuchen. *C. Berliner-Aachen.*

Hydrargyrum metallicum bei Syphilis, von ANUSCHAT. (*Deutsche Med.-Ztg.* 1896. No. 74.) Ausgehend von den vielen Nachteilen, welche den üblichen Formen der Quecksilberdarreichung anhaften und vom Verfasser nicht ohne Übertreibung dargestellt werden und ausgehend von der bekannten ausgedehnten Verbreitung, welche die Blue pills in England haben, empfiehlt der Verfasser die Behandlung der Syphilis mit interner Verabreichung von Hydrargyrum metallicum in Pillenform. Er geht dabei ausführlich auf die herrschenden Anschauungen über die Wirkungsweise der Quecksilberpräparate ein und bestreitet, daſs eine Umwandlung in Sublimat der eintretenden Wirkung vorhergehen muſs, wie es vielfach angenommen wird. Das Quecksilber wirkt als solches, als Metall und cirkuliert als solches, vornehmlich in Dampfform im Blute. Das Sublimat wirkt in doppelter Weise: 1. verbindet sich das Chlor mit H zu HCl, dabei wird O frei, der in statu nascendi die Gewebe zerstört; 2. wird Hg frei und entfaltet als solches seine Eigenschaften. Auch Kalomel zerfällt im Darm zu Hg und Cl; nur ein geringer Bruchteil verwandelt sich vorher in $HgCl_2$. Ähnlich verhalten sich die übrigen Quecksilbersalze, es kommt also immer auf die reine Quecksilberwirkung heraus. Es wird das metallische Quecksilber, mit Lanolin gemischt, verabreicht, bei ordentlicher Verreibung als solches im Darm resorbiert, zugleich mit dem emulgierten Fett. Die feinen Quecksilberkügelchen passieren leicht die kapillären Öffnungen in der Darmschleimhaut. Verabreicht man metallisches Quecksilber, so erkennt man die Resorption durch das Fehlen des Hg in der ersten Zeit in den Fäces, durch die Heilwirkung auf Syphilis. Die Resorption bleibt aus bei bestehender Gallenfistel. Die gleichzeitige Darreichung von vielen Fetten unterstützt die Resorption, ebenso Alkohol, welches die Lösung der Fette begünstigt. — Die Wirkung des metallischen Quecksilbers auf die Syphilis sind eminent.

Folgende Formel ist zu empfehlen:

Hydrarg. metall. pur.	5,0
Lanolin	10,0

Exstingue Hg exactissime terendo, adde radic. alkalae q. s.

Ut. f. pilul No. 100.

DS. 2 mal täglich 1—2 Pillen in Oblaten.

Eine Pille à 0,55 soll einer Inunktion mit 3,0 entsprechen. Keine Nebenwirkungen auſser Gingevitis sollen auftreten. Zuerst giebt man 30 Pillen à 0,05 bei fett- und alkoholreicher Kost, dann vier Wochen Pause. Dann eine neue Kur; bei starker Drüsenschwellung wird auf 0,1 pro dosi 2 mal täglich gestiegen. Sehr gefahrdrohende Symptome erheischen 3 mal täglich 0,1. Unterstützt wird die Kur durch Sitzbäder mit Kreuznacher Mutterlauge. Zu einer ganzen Kur sind gewöhnlich 60—90 Pillen nötig.

(Zu den Ausführungen des Verfassers einige Bemerkungen:

Die Darreichung von Hg-Lanolin-Pillen ist auch bei uns nichts neues; LANG hat sie wiederholt empfohlen.

Daſs die Injektionskuren oft Abscesse bewirken, die Patienten oft arbeits- und erwerbsunfähig machen, kann man nicht zugeben.

Wenn Verfasser nach 0,3 Ol. ciner. {die schwersten Intoxikationserscheinungen sah, so hat er nur den Lohn dafür geerntet, daſs er die nötige Dosis ohne Not verdreifacht hat. Gewisse Todesfälle nach Ol. ciner. in Wien verdanken auch einer falschen Dosierung ihre Entstehung.

Diese Bemerkungen sollen den Wert der Arbeit, die uns anregen muſs, die interne Darreichung des reinen metallischen Quecksilbers mehr zu üben, nicht beeinträchtigen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die Milch und die epidemische Hautkrankheit, von Moncton Copeman. (*The Brit. med. Journ.* 2. Mai 1896. S. 1112.) Die von Savill beschriebene epidemische Hautkrankheit, welche von diesem als eine Infektionskrankheit angesehen wurde, brach während der Monate April und Mai 1895 in einer Abteilung des Enfield Arbeitshauses aus und wurde von dem dirigierenden Arzte daselbst auf den Genuſs von Milch zurückgeführt. Da aber weder die Kühe, von denen die Milch herrührte, noch die Milch selbst nicht hinreichend auf ihre physikalische wie chemische Beschaffenheit untersucht worden sind, so wird man die Behauptung skeptisch aufnehmen müssen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Grundlage der Ekzembehandlung, von O. Petersen. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 45.) Nachdem Verfasser eine Reihe zu beantwortender Fragen aufgestellt, giebt er einen kurzen Abriſs der Ekzembehandlung. Für akute Ekzeme wendet er die Lassarsche Paste oder bei starker Sekretion folgende Salben an:

Plumb. acet.	1,0—2,0	*Alumin.*	1,0—3,0
Talc. venet.	25,0—(30,0)	*Talc. venet.*	25,0—30,0
Vaselin. flav. ad.	100,0	*Vaselin. flav. ad.*	100,0

Nach Schwund der Bläschen und der Sekretion sind Zinkleime am Platze. An behaarten Stellen wird Ung. praecipit. alb. oder Bleisalbe appliziert. Wo diese Therapie keinen Erfolg hat, muſs man nach internen Ursachen suchen. Oft handelt es sich um Neurastheniker, für die dann die Hydrotherapie von Nutzen ist. Für chronische Ekzeme kommen Bäder, heiſse Kompressen, Teersalben zur Anwendung. Arsenik verordnet Verfasser nur selten. Empfehlenswert sind Natr. salicyl. und Salol. Von groſser Wichtigkeit ist das Alter der Patienten.

Jessner Königsberg i. Pr.

Ekzem geheilt mit Thyreoidextrakt, von W. R. Parker. (*The Brit. med. Journ.* 18. April 1896.) Die 65jährige Patientin war früher stets gesund. Zwischen den Jahren 1890—95 wurde sie auffallend stark und bekam eine Anschwellung unter dem Kinn. Im Sommer 1895 stellten sich bei ihr Appetitlosigkeit, Schwäche, Abmagerung ein. Oktober 1895 wurde die Haut trocken, rauh, schilferig, das Haar glanzlos und locker. Einzelne Körperstellen waren abgesehen von der Trockenheit, auch erythematös geschwollen und von zahlreichen Kratzeffekten bedeckt. Die Beine waren gerötet, geschwollen, feucht, exkoriiert. Das ganze Leiden, das in mancher Beziehung an einen myxomatösen Zustand erinnerte, verursachte intensives Jucken.

Unter konsequenter Behandlung mit Thyroidextrakt gingen die Erscheinungen zurück. *C. Berliner-Aachen.*

Ekzem, behandelt mit Thyreoidextrakt, von J. D. Gilruth. (*The Brit. med. Journ.* 27. Juni 1896.) Die 43jährige Frau klagte über Jucken im rechten Beine. Dasselbe war gerötet und geschwollen. Die Entzündung erstreckte sich von der Fuſssohle bis hinauf zur Tuberositas tibiae und hatte die ganze Hautfläche ergriffen. Die verschiedensten Mittel waren ohne Erfolg angewendet worden, bis sich Verfasser ent-

schlofs, Thyreoidtabletten zu verordnen. Äufserlich wurde Puder gebraucht. Nach ca. 5 Wochen waren alle objektiven und subjektiven Erscheinungen verschwunden. Die Patientin nahm die Tabletten noch einige Zeit weiter. *C. Berliner-Aachen.*

M. Ricketts hat in einem Falle von **chronischem Ekzem** aus Anus, das seit 15 Jahren bestand, ausgezeichneten Erfolg durch **Äthylchlorid** gesehen. Der Applikation folgt heftiger Schmerz, der erst nach ungefähr 15 Stunden vollkommen verschwindet. 6—8 Stunden nach der Anwendung beginnt eine reichliche Desquamation, die Röte und Infiltration der Haut nehmen rapid ab, das Juckgefühl fehlt vollständig. Die Besserung hält 72 Stunden an. Über die Heilung fehlen die Angaben. (*Cincinnati Lancet-Clinic.* 10. Okt. 1896.) *H. Einhorn-München.*

Zur Behandlung des Waschekzems, von L. Philipps. (*The Brit. med. Journ.* 18. Jan. 1896. S. 145.) Der Gebrauch des Olivenöles an Stelle des Wassers zum Zwecke der Reinigung der Haut ist allgemein bekannt. Dafs die Methode ganz besonders bei der Behandlung des Ekzems und zur Verhütung des letzteren wertvoll sei, dafür führt Verfasser ein Beispiel aus seiner Praxis an. Eine 48jährige Dame wurde von einem akuten erythemato-papulösen Ekzem des Gesichts befallen, welches sich kontinuierlich ausbreitete, bis jede Applikation von Wasser, sei es beim Waschen, sei es als Lösung aufhörte. Wenn die Patientin an Stelle des Wassers Öl gebrauchte, so liefs der Ausschlag sofort nach. Aus diesem Grunde wurde zwei Monate hindurch ausschliefslich mit Öl gewaschen, resp. mit in Öl getränkten Wattebäuschchen die Haut eingeschmiert und hierauf mit einem weichen, etwas gepuderten Handtuche abgerieben. *C. Berliner-Aachen.*

Ursache und Behandlung des infantilen Ekzems, von E. M. Alger. (*Amer. med.-surg. bull.* 1. Aug. 1896.) Die Mehrzahl der Fälle beruht auf Störungen der Digestion; fehlerhafte Ernährung, Überfütterung. Kalomel, Pepsin, Ol. jecor. asell., Eisen. Arsen ist stets kontraindiziert. Local, nach Entfernung der Krusten mittelst Salicylöls, Lassarsche Paste, der in akuten Fällen Acid. boric., in subakuten Acid. salicyl. und bei Verdickung der Haut und starker Schuppung 5—10% Ichthyol zugesetzt wird. Die Applikation hat dreimal täglich zu erfolgen.
H. Einhorn-München.

A. Cantrell beschreibt das **Ekzem der Beugeflächen** des Ellenbogen- und Kniegelenks und empfiehlt zu dessen Behandlung im akuten Stadium Umschläge von Bleiwasser, gesättigter Borlösung, Kalomel 0,18 : 30,0 Kalkwasser in der Dauer von zehn Minuten bis einer halben Stunde, hierauf Zinksalben, Vaselin, Lanolin event. mit Kalomel, Acetanilid, Alumnol, Bismut. subcarbon., Kalamin 1,2—2,4 : 30,0. Bei der chronischen Form Salicylsäure, Zinc. sulf., Plumb. jodat 1,2—1,8 : 15,0 der Salbenbasis. Eventuell Ätzungen mit dem Silberstift oder Kal. carist. und stärker reizende Salben. (*Amer. med.-surg. bull.* 16. Mai 1896.) *H. Einhorn-München.*

Ein Fall von Psoriasis atypica, von S. Róna. (Budapester Spitalsärzteverein, 12. Februar 1896.) Das 21jährige Dienstmädchen hat mit Ausnahme der Handteller und Fufssohlen auf der ganzen Hautdecke ein Exanthem. Dasselbe besteht hauptsächlich auf den Extremitäten aus linsen-, erbsen- und noch gröfseren Papeln. Diese papulösen Efflorescenzen ähneln aufserordentlich den nach pustulösen Ausschlägen restierenden Borken, nach deren Entfernung die Unterlage zwar hyperämisch und etwas infiltriert, aber nicht exkoriiert erscheint. Die entfernten Papeln können stets als ein Ganzes abgelöst werden und zeigen unter dem Mikroskope blofs verhornte Epithelelemente. Auf dem Rumpfe bestehen neben den vielen Hunderten Papeln auch ausgesprochene, die typische Psoriasis vulgaris charakterisierende Läsionen. Diese

Veränderungen sind auch selbst da zu konstatieren, wo die borkenähnlichen Papeln abfielen und die zuerst bräunlichen Stellen sich allmählich mit weifsglänzenden Schüppchen bedeckten. Auf vielen Stellen konfluieren die Efflorescenzen und bilden verschiedene Konfigurationen. Die ganze Kopfhaut ist mit einer mehrmillimetrigen krustös-borkigen Schichte bedeckt.

Die Patientin hatte längere Zeit hindurch hohes Fieber mit remittierendem Charakter, welches durch ein kindskopfgrofses eiteriges Exsudat in der linken Backenhälfte verursacht wurde. Atypisch ist der Fall darum zu nennen, 1. weil die Psoriasis hier im Verlaufe einer akuten entzündlichen Erkrankung akut aufgetreten ist, 2. weil die Psoriasis mit rotbraunen, borkenähnlichen und im ganzen ablösbaren Schuppenhügelchen begonnen hat und 3. weil in diesem Falle die äufserst rauhe Konfluenz der einzelnen Efflorescenzen und daher Bildung von grofsen, diffusen Herden zu beobachten war. *A. Aschner-Budapest.*

Psoriasis und Herpes zoster, von Rebreyrend und Lombard. (*Progrès méd.* 1896. No. 49.) Ein 47jähriger Mann hatte mehrere Recidive von Psoriasis mit typischer Lokalisation durchgemacht. Er litt aufserdem an Lungenemphysem und Herzdilatation mit heftigem Herzklopfen und Pulsarythmie. In den letzten Jahren entwickelte sich auf den unteren Thoraxpartien, beiderseits die vorderen und seitlichen Teile einnehmend, ein gürtelförmiger Ausschlag mit Papeln und Bläschen, die erythematöse Flecke bildeten und sich später mit psoriasisartigen Schuppen bedeckten und zu narbenartigen Pigmentflecken Anlafs gaben. Nach Angabe des Patienten waren dieser Eruption vor einigen Jahren ganz analoge vorangegangen, zuweilen unter febrilen Erscheinungen. An den affizierten Stellen waren Sensibilätsstörungen zu konstatieren (unregelmäfsig verheilte Bezirke von Anästhesie und Hyperästhesie). Es würde sich also im vorliegenden Falle um die Entstehung einer Psoriasis auf dem Boden einer zosterartigen Eruption handeln und die trophoneurotische Theorie der Psoriasis eine neue Stütze gefunden haben. *C. Müller-Genf.*

Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Jodothyrin, von Heinrich Paschkis und Siegfried Grosz. (*Wien. klin. Rundschau.* 1896. No. 36 ff.) Die vorliegende Arbeit bringt zunächst eine Zusammenstellung der auf die Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsentabletten vorhandenen Litteratur. Paschkis hat, angeregt durch diese, seiner Zeit auch diese Methode anzuwenden versucht. Die Ergebnisse waren, trotzdem von acht Fällen sieben heilten, nicht überzeugend, da der Erfolg nur sehr langsam eintrat. Zwei weitere Fälle gestalteten sich günstiger. Es trat eine zur Heilung führende Besserung nach mehreren Wochen ein, zugleich mit sehr unangenehmen Nebenwirkungen, die aber nicht zum Aussetzen der Tabletten zwangen. Nach der Entdeckung des Jodothyrin begannen die Autoren Versuche mit demselben; sie benutzten ein Präparat von Bayer & Comp. (Elberfeld). Das Jodothyrin ist ein weifses Pulver, eine Verreibung der wirksamen Substanz mit Milchzucker; es wurde in Oblaten oder Gelatinekapseln verarbeitet. 1,0 der Mischung enthält 0,3 mg Jod. Die Tagesdosis war anfangs 0,5, wurde dann allmählich gesteigert. Genaue Messungen, Harnbestimmungen etc. wurden angestellt.

Nach Wiedergabe von sechs Krankengeschichten schildern die Verfasser die beobachteten Nebenwirkungen: Dieselben bestanden in Kopfschmerzen, Depressionszuständen, Verminderung der geistigen Kapazität; Schwäche, Müdigkeit, Zittern; Vermehrung der Pulsfrequenz, Arythmie des Pulses, Bulimie, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen; Abnahme des Körpergewichts; Vermehrung der Diurese. Die Beseitigung der Psoriasis gelang stets vollständig nur mittelst dieser internen

Medikation. Die individuelle Reaktionsfähigkeit ist eine sehr verschiedene; weibliche Kranke scheinen schneller zu reagieren. Man muſs in refraktären Fällen eventuell zu groſsen Dosen steigen. Auf ungenügender Dosierung beruhen wohl die Miſserfolge mit den Schilddrüsentabletten.

Die Verfasser besprechen dann noch die das Jodothyrin betreffenden Arbeiten und versuchen dann eine Erklärung der Jodothyrinwirkung bei Psoriasis. Es könnte dieselbe gesucht werden in einer Beeinflussung der Zirkulation, in der Veränderung des Stoffwechsels oder in dem Jodgehalt. Es könnte ein Arteriospasmus angenommen werden, mit dem die Wirkung auf das Herz und die venöse Hyperämie, die an den affizierten Hautleiden gesehen wurde, vereinbar waren. Letztere würde durch gleichzeitige Paralyse der abführenden Venen zu erklären sein. Die Störung des Stoffwechsels kann kaum das treibende Moment sein, trotzdem das spontane Schwinden der Psoriasis bei sinkender Ernährung bekannt ist; denn die Wirkung auf die Psoriasis trat auch dann ein, wenn das Körpergewicht keine Abnahme zeigte. Der Jodgehalt könnte ja in Frage kommen, da man ja auch mit Jodkalium günstige Erfahrungen gemacht hat. Vielleicht beruht die Wirkung groſser Dosen Jodkalium darauf, daſs ein Teil desselben im Körper zurückbleibt, Eiweiſsverbindungen eingeht, die in der Schilddrüse abgelagert werden, um dann von hier aus wieder in die Zirkulation zu gelangen. Zweifellos ist die Aufforderung der Verfasser zur Nachprüfung ihrer Resultate zu beherzigen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatitis exfoliativa und Pemphigus, von A. Foxwell. (*The Brit. med. Journ.* 30. Mai 1896. S. 1331.) Der 10jährige Knabe wurde vor zwei Monaten mit einem Katarrh der Lungen, des Rachens und gleichzeitig bestehendem Erythema circinatum universale ins Hospital aufgenommen. An den Lippen befanden sich Herpesbläschen, die als Herpes labialis angesehen und mit der Erkrankung der Lungen in Zusammenhang gebracht wurden. Später entstanden an allen Körperteilen Blasen, welche durch Konfluieren groſse Hautstrecken unterminierten. Unter Arsenik trat sowohl in dem konstitutionellen, wie kutanen Leiden rapide Besserung ein.

C. Berliner-Aachen.

A. Thost (Hamburg) beschreibt (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.* 1896. No. 4) zwei völlig gleichartige Fälle von **chronischem Pemphigus der Schleimhäute,** die er mit sechs ähnlichen Fällen aus der Litteratur (Deutschmann, Steffen, Lasègue, Becker, Landgraf, Semon) zu einer Gruppe zusammenfaſst, als deren Characteristica er bezeichnet:

1. Ausschlieſsliche Beteiligung der Schleimhäute und völliges Freibleiben der Hautdecken mit nur ausnahmsweisem Übergreifen von der Schleimhaut aus auf die an dieselbe direkt angrenzenden Hautbezirke.

2. Regelmäſsige Mitbeteiligung der Bindehaut des Auges, die zu essentieller Schrumpfung derselben und später zur Phthisis bulbi führt.

3. Neigung zu Verwachsungen und Schrumpfungen der Schleimhaut.

4. Fieberloser chronischer Verlauf.

5. Absolut unbeeinfluſsbares Verhalten gegen jedes Medikament, speziell gegen Jod und Hg.

6. Gleichzeitig bestehende Kachexie und schlechte Ernährung der Haut und Muskulatur.

Es unterliegt T. keinem Zweifel, daſs dieser chronische Pemphigus als Folge einer schweren, fortschreitenden Veränderung, wahrscheinlich in den (trophischen) Nerven aufgefaſst werden muſs. *H. Einhorn-München.*

Fall von geheiltem Pemphigus foliaceus, von F. V. Hall. (*The Brit. med. Journ.* 11. Juli 1896.) Am 27. September 1895 kam der 11jährige Patient mit hochgerötetem und geschwollenem Gesichte in fieberhaftem Zustande in die Behandlung des Verfassers, der geneigt war, Erysipel zu diagnostizieren. Am nächsten Tage hatte das Ödem zugenommen. Auf der linken Wange sah man drei Blasen, die Vaccinepusteln von acht Tagen glichen. Die Diagnose lautete jetzt Pemphigus und der Knabe erhielt Solut. Fowleri. Einige Stunden später traten neue Blasen auf, während die ersteren gröfser wurden. Nach und nach wurde der ganze Körper von Blasen befallen, deren Inhalt einen penetranten Geruch verbreitete. Auf der Kopfhaut befanden sich etwa ein Dutzend Blasen. Der Patient delirierte. In den darauffolgenden Tagen begannen die Blasendecken in grofsen Fetzen sich loszulösen und hinterliefsen eine stark gerötete Fläche. Die Hautaffektion verursachte beträchtliches Jucken, das durch Waschungen mit Karbollösung gemildert wurde.

Der Verfasser verordnete absolute Milchdiät und Beefthee. Der Knabe verlangte jedoch nach Schweinspastete und Bier, was ihm, weil er jede andere Nahrung verweigerte, schliefslich gegeben wurde. Er verzehrte alles mit Wohlbehagen und erholte sich unter derselben täglichen Nahrung vollständig in circa drei Wochen.

C. Berliner-Aachen.

Sheffield empfiehlt zur **Behandlung der Trichophytie der behaarten Kopfhaut** (*Amer. med.-surg. bull.* 5. Sept. 1896) folgende Lösung: Acid. carbol., Ol. Petrol. crud. ā 60,0; R. jodi, Ol. Ricin. ā 105,0; Olei Rusci q. s. ad 1000,0. Nach vier Tagen täglicher Anwendung wird der Kopf mit grüner Seife abgewaschen und die Haare geschoren, worauf das Verfahren noch zweimal wiederholt wird. Hierdurch wurden gelegentlich einer grofsen Epidemie in einem Waisenhause 375 Fälle, die zum Teil vorher durch Chrysarobin bedeutend verschlimmert worden waren, innerhalb vier Wochen geheilt. Spezifischen Einfluſs auf den Trichophyton übt der Eisessig aus. Die affizierten Stellen der Kopfhaut werden nach Entfernung der Haare alle drei Tage einmal mit Acid. acetic. glacial. touchiert. Zwei Tage nach der dritten, letzten Applikation wird der Kopf mit grüner Seife gewaschen und eine Schwefelsalbe aufgelegt. Zur Vermeidung der Recidive empfiehlt S. Resorcinlösungen.

H. Einhorn-München.

Formaldehyd gegen Trichophytie der Kopfhaut, von A. Salter. (*The Brit. med. Journ.* 12. Sept. 1896.) Reinkulturen des Trichophytonpilzes, sowohl des Megalosporon wie Mikrosporon, wurden, nachdem sie kurze Zeit den Dämpfen von Formaldehyd ausgesetzt waren, getötet. 20 Minuten genügten für gewöhnlich, um das Mikrosporon zu vernichten.

Versuche an Trichophytonkranken aus Guys Hospital ergaben günstige Resultate. Als Material dienten 40 Kinder im Alter von 4—12 Jahren mit mikroskopisch nachgewiesenem Trichophyton tonsurans.

Sherings Formalin in 40%iger Stärke wurde mit einem Bürstenpinsel 10 Minuten lang kräftig auf die erkrankten Partien eingerieben. Die Applikation geschah jeden zweiten Tag, im ganzen viermal. Bei manchen Patienten wurde der Kopf an vier aufeinanderfolgenden Tagen mit der Flüssigkeit eingepinselt.

Das Formalin rief nur eine kurze, wenig schmerzhafte Reizung, aber keine Blasenbildung auf der Kopfhaut hervor. Unter den 40 Fällen war die Krankheit nur in fünf nicht ausgerottet. Die Ursache lag hier nicht in dem Mittel, sondern in dem hartnäckigen Sträuben der Kinder, sich gründlich einreiben zu lassen.

Als eine Komplikation der Behandlung ist anzusehen, daſs in sechs Fällen nach dem Einpinseln für einige Stunden Ödem des Gesichts auftrat, ohne daſs die Haut

heifs oder rot oder irgendwie schmerzhaft geworden wäre. Das Ödem stellte sich jedoch nur ein, wenn die behandelte Stelle sehr grofs war. *C. Berliner-Aachen.*

Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Psorospermosis cutanea vegetans, von Prof. T. DE AMICIS. (*Bibliotheca medica*, Abteil. f. Dermatol. u. Syphilidologie. Heft 3. 1894.) Bei dem 16jährigen Patienten bestehen eine Reihe von über den ganzen Körper verbreiteten Läsionen: zahlreiche Komedonen mit schmutzigbraunen Borken; papulöse, linsen- bis bohnengrofse Efflorescenzen mit ähnlichen Borkenbildungen auf granulierender Basis; Pityriasis versicolar; disseminierte Aknepusteln; kleine, stecknadelkopfgrofse, bräunliche, beinahe hämorrhagische Infiltrationen mit peripheren konzentrischen rosaroten bis lebhaft roten Ringen; unten sephiabraune, auf der Fläche rauhe Flecke mit festhaftenden Schuppen; gröfsere bräunlichrote Infiltrationsherde, zum Teil mit fettigen Krusten bedeckt und von Öffnungen durchsetzt, aus deren Tiefe Sekrete durchsickern; gröfsere fungöse, vegetierende Massen mit stinkenden Sekreten.

Der anatomische Sitz der sehr langsam verlaufenden Läsionen befindet sich in der Epidermis, speziell in den interpapillären Fortsätzen. Die Affektion beginnt als eine Hyperkeratose, die sich später mit entzündlichen Reizerscheinungen kombiniert, proliferiert und vegetiert, so dafs zuletzt die ganze Cutis in Mitleidenschaft gezogen wird, indem sich die Herde der Epidermis in sie eingraben und Ausläufer nach den verschiedenen Richtungen aussenden, so dafs es zu gewaltigen Wucherungen kommen kann. Die Frage über die spezifischen Erreger der Affektion (Coccidien DARIERS) will DE AMICIS weder im affirmativen noch im negativen Sinne entscheiden. 10 Tafeln mit grofsen, schönen, histologischen und makroskopischen Abbildungen illustrieren die Arbeit. *C. Müller-Genf.*

b. *der Cutis.*

Karbunkel, von J. O'CONNOR. (*New York med. Journ.* 2. Mai 1896.) In den letzten drei Jahren hat Verfasser 12 Fälle von Karbunkel mit gutem Erfolg mittelst Excision, resp. auch mit Exkochleation verbunden, behandelt. Man umschneidet die Geschwulstmasse in einer Entfernung von einem halben Zoll vom Infektionsrande, hebelt die Masse stumpf los und trägt etwaige Überreste mit Schere und Löffel ab. Nötigenfalls wird mit einer Zinkchloridlösung (2,4 : 28,0) nachgeholfen. Die Wunde wird dann mit folgender Mischung bepinselt: Acidum carbolicum 1,0, Alcohol 1,0, Methylviolett 1,0, Aqua 10,0. Darauf Jodoformpulver und Gazeverband. Späterhin können THIERSCHsche Transplantationen gemacht werden. *Philippi-Remscheid.*

Anthrax in Bermondsey, von C. LUCAS. (*Brit. med. Journ.* 8. Februar 1896.) Der Verfasser berichtet sehr kurz über eine, wie es scheint, aus derselben Quelle resultierende Anthraxepidemie, die sechs Fälle umfafste und durchweg günstig verlief.

Die Behandlung bestand in einer ausgiebigen Excision des befallenen Bezirkes. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung des Karbunkels ohne Incision vermittelst Injektion, Durchspülung und Auflegens von Sublimatlösung, von SCHALENKAMP. (*Therap. Monatsh.* September 1896.) Folgendermafsen verfährt der Verfasser bei Karbunkel: Er sticht mit langer Kanüle an vier Stellen der Basis ein und spritzt 1‰ Sublimatlösung in das Gewebe, je 1—2 g an jeder Stelle. Sind schon Perforationsöffnungen da, durch welche die Flüssigkeit abfliefst, dann wird aus dieser Injektion eine Durchspülung. Auf den Karbunkel kommt dann ein Wattebausch, getaucht in ½‰ige Sublimatlösung. Der Erfolg wird an vier Krankengeschichten illustriert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung des Karbunkels, von H. H. Tomkins. (*Brit. med. Journ.* 21. März 1896.) Der Verfasser empfiehlt, anstatt das reife Karbunkel zu incidieren, die gerötetete und schmerzhafte Partie von der Peripherie aus allmählich gegen das Zentrum hin mit Kollodium zu bestreichen, das Zentrum frei zu lassen, dasselbe aber zu desinfizieren und mit Watte zu bedecken. Wenn das Kollodium sich zusammenzieht, so übt es einen gleichmäfsigen Druck aus und prefst den Eiter gegen das Zentrum hin.

Die Heilung soll auf diese Weise beschleunigt, die Schmerzen bedeutend herabgesetzt werden. *C. Berliner-Aachen.*

Die lokale Behandlung des Karbunkels, von T. Richardson. (*Brit. med. Journ.* 25. Januar 1896.) Verfasser hat an einigen Fällen die Erfahrung gemacht, dafs feuchter Rohrzucker, über die Oberfläche eines heifsen Leinsamen-Kataplasmas ausgebreitet und mehrere Male des Tages wiederholt, das harte, entzündete Gewebe rasch erweicht, den freien Eiterabflufs und damit den Heilungsprozefs befördert. Ein Eingriff mit dem Messer war in keinem Falle notwendig.

C. Berliner-Aachen.

Die Framboësia brasiliensis oder Bouba, klinischer Vortrag von Prof. Breda. (*Clinica mod.* 1896. No. 16.) Es handelt sich um einen 32jährigen italienischen Bauern, der die Krankheit während seines fünfjährigen Aufenthaltes in Brasilien acquirierte und dann nach Italien zurückkehrte. Die erste Efflorescenz war an einer Zehe aufgetreten, und von da hatte sich die Affektion über die Füfse, die Arme, den Penis, die Glans, die Zunge, die Lippen, den Rachen etc. verbreitet. Kulturversuche mit Geschwürsekreten ergaben Kolonien von pyogenen Staphylokokken und von Streptothrix fusca. Impfversuche auf Tiere fielen negativ aus. Mit Blut aus der Hand des Patienten versetzte Nährböden blieben steril. *C. Müller-Genf.*

M. Hodara beschreibt einen typischen Fall von **Mykosis fungoides** bei einem 12jährigen Knaben; Dauer des prämykotischen Stadiums (in Form einer erythematösen Eruption) vier Jahre. (*Intern. photogr. Monatsbl. f. Med. u. Naturwiss.* 1896. Heft 11.) *C. Müller-Genf.*

Aktinomykosis der Augenhöhle mit einer Zusammenstellung von sieben anderen Fällen von Aktinomykosis, von W. B. Ransom. (*Brit. med. Journ.* 27. Juni 1896.) Die 32jährige Frau war bis Mitte September 1894 gesund. Um diese Zeit bekam sie heftige Schmerzen in der rechten Schläfe und im Auge. Das letztere zeigte bei der ersten Besichtigung leichte Ptosis und mangelhafte Bewegungsfähigkeit. Die Patientin erzählt, dafs sie vor dem Auftreten der Kopfschmerzen sechs Wochen lang auf dem Lande gelebt und mit Freuden das Erntefest mitgemacht hätte. In der Meinung, dafs die Schmerzen von schlechten Zähnen herrührten, liefs sie sich alle Zähne der rechten Seite des Oberkiefers extrahieren, ohne jedoch die erhoffte Erleichterung zu finden. Als der Verfasser die Patientin zum ersten Male sah, war dieselbe blafs, abgemagert, klagte über unaufhörliche intensive Schmerzen in der rechten Schläfengegend. Einige Tage später wurde Hervortreten des rechten Auges, eine Hervorwölbung in der rechten Schläfe bemerkt und Sarkom diagnostiziert. Im Januar 1895 hatten die Schmerzen auch das linke Auge ergriffen; schwache Ptosis beiderseits und herabgesetzte Bewegungsfähigkeit der Augenmuskeln. Am Canthus externus des rechten Auges befand sich in der Haut eine kleine Öffnung, welche sich als Endausgang einer zwei Zoll in die Augenhöhle hineinführenden Fistel erwies, aus der spärliches, dünnes, eiteriges Sekret herausfloís. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab die charakteristischen Strahlenpilze der Aktinomykosis.

Der Krankheitsprozefs, der offenbar bereits auf das Gehirn übergegriffen hatte, konnte nicht mehr aufgehalten werden.

Die Patientin starb nach zwei Monaten. Die Autopsie und die mikroskopische Untersuchung von Gehirnteilen der Basis bestätigte vollkommen die Diagnose. Der anatomische Befund sowie weitere sieben Krankengeschichten von Aktinomykosis werden im folgenden mitgeteilt. *C. Berliner-Aachen.*

Über primäre Gangrän des Rachens, von Blumenau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Verfasser berichtet über einen tödlich verlaufenen Fall von Rachengangrän, die sich im Anschlufs an einen gewöhnlichen Rachenkatarrh entwickelt hatte. Ätiologisch sieht Verfasser die Sache so an, dafs durch diesen Katarrh die Schleimhaut so verändert wurde, dafs irgend ein im Munde des Patienten befindlicher Bacillus günstigen Entwickelungsboden fand (lokale Prädisposition).

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur Klinik des Erysipels nach 597 eigenen Beobachtungen, von H. Roger. (*Revue de méd.* 1895. No. 11, 1896. No. 3.) Das grofse eigene Material, auf dem die Arbeit R.s sich aufbaut, umfafst 274 Fälle von Erysipel bei männlichen, 323 bei weiblichen Kranken, 108 waren nicht traumatisch, 489 traumatisch. Kontagiosität ist nach mehreren Beobachtungen zweifellos vorhanden, doch nicht erheblich: von 59 Patienten, die der Erysipelabteilung, zum Teil mit ulcerierenden Läsionen, Wunden, Ekzemen, Herpes, irrtümlich überwiesen wurden, infizierte sich keiner, ebensowenig mehrere Gravidae, die dort entbunden wurden, oder ihre Neonati. Fraglos sind manche Personen für Rose disponiert. Eine hereditäre oder familiäre Disposition wurde unter 125 daraufhin examinierten Männern zu 11%, unter 165 Frauen zu 13% gefunden. Häufig war ferner akuter Gelenkrheumatismus in der Anamnese. Frauen neigen mehr als Männer zur Erkrankung, jene besonders zwischen 15. und 30., diese zwischen 30. und 50. Jahr. Echte menstruelle Erysipeln, die meist nur geringe Symptome bedingen, wurden nur zwei beobachtet, einmal bei einer Frau, welche zuvor schon 45 Anfälle gehabt hatte.

Die Inkubation variiert nach allgemeiner Angabe zwischen 2 und 12, bewegt sich meist zwischen 4 und 6 Tagen. Sie betrug unter R.s Fällen bei einem nichttraumatischen Erysipel einmal 4 Tage, unter 41 traumatischen aber oft nur sehr kurze Zeit, 5 mal 7 bis 18 Stunden. Inokulationen von Streptokokken bei Kaninchen bedingen in der Regel nach 24—48 Stunden, manchmal jedoch erst nach 3—4 Tagen, selbst nach 11 Tagen ein Erysipel.

Das Erysipel manifestiert sich zuerst entweder als eine kurze Zeit, fast immer höchstens ½ oder 1 Tag dauernde Allgemeinerkrankung oder lokal — von 560 Fällen boten 310 den ersten, 250 den zweiten Modus des Beginns. Vage, schlecht charakterisierte Störungen können über mehrere Tage voraufgehen. Zwischen Art des Anfangs und Schwere des Verlaufes fehlen Relationen. Ausgangspunkt ist oft eine Schleimhautläsion.

Die Nasenhöhle — Koryza hatte mehrfach bestanden — war sehr viel öfter Ausgangsort als der Pharynx. 469 mal begann die Entzündung an Gesicht und behaarter Kopfhaut. Das Fieber war im allgemeinen kurzdauernd, meist ohne bestimmten Typus und sehr irregulär; 40° wurden meist, 41° selten erreicht. Der Anstieg der Temperatur im Beginn war bald rasch, bald ein langsamer. Von nervösen Symptomen sind zu bemerken: vereinzelt Ohnmachten im Beginn und in 8,4% der Fälle Delirien — gleich oft bei den Geschlechtern, bei Frauen häufiger vor, bei Männern nach dem 30. Jahre eintretend, bei diesen durch Alkoholismus, bei jenen durch Nervosität begünstigt. Die Intensität der Delirien kongruiert nicht durchweg

mit der Ausbreitung des Erysipels und der Fieberhöhe; sie können zu allen Zeiten eintreten; vielfach, aber nicht regelmäfsig erschienen sie, sobald die Entzündung die Kopfhaut ergriff. Selten waren Störungen von seiten des Herzens, vereinzelt Erytheme, in 35 Fällen Herpes aufgefallen. Unter 570 Geheilten wurde 106 mal Albuminurie konstatiert, die 27 tötlichen Fälle hatten alle zeitweise Eiweifs im Harn; es kann sich, jedoch nur selten und passagär, bei fieberlosen und benignen Formen finden.

Von Folgezuständen sind Ödeme, Hautröte, Ausfallen der Haare, kutane Affektionen zu erwähnen, am interessantesten sind die nervösen Alterationen, Neuralgien, psychische, sensorielle, motorische und Gefühlsanomalien.

Bemerkenswert sind die eingehend mitgeteilten Beobachtungen von Erysipel bei vorher schon Kranken. Nervenkrankheiten, 16 Fälle von Herzleiden, 3 von Nierenaffektionen sind darunter. Bei Leberkranken war die Schwere des Verlaufes sehr variabel, je nachdem die Leberzellen mehr oder weniger tief alteriert waren, was auf die Bedeutung dieses Organes bei Intoxikationen mikrobischen Ursprungs hinweist (Bridiers de Villemor); R. berichtet über die Wirkungen experimenteller Streptokokkeninfektionen auf die Leber. In 10 Fällen von Lupus wurden keine Besserungen erzielt, obwohl solche sicher vorkommen und von Hallopeau auch mit sterilisierten Kulturen von Streptokokken, zumal in Kombination mit denen des Bacillus prodigiosus erreicht wurden. Variköse Geschwüre wurden sehr gut beeinflufst, auch wenn das Erysipel an einer anderen Körperregion ablief. 7 Schwangere waren unter den Patienten; Frühgeburt wurde nicht unbedingt ausgelöst, oft das Erysipel durch das Puerperium wieder angefacht.

Aus der Therapie sei die bewährte lokale Behandlung mit Borvaseline und die schmerzstillenden, 2—6 mal täglich ausgeführten Besprengungen mit kampfersaturiertem Äther genannt. In schweren Fällen ward Chinin in grofsen Dosen (Jaccoud), eventuell auch Bäder gegeben. *H. Einhorn-München.*

Pneumokokkeninfektion bei Erysipel, von M. Roger. (*Rev. de méd.* 1895. No. 4.) Beim Erysipel sieht man nicht selten Komplikationen, welche auf Pneumokokken zurückzuführen sind. 10 solche Fälle sah der Verfasser unter 545 Erysipelkranken (= 1,8 %): 6 Lungenaffektionen, 1 Lungen- und Peritoneum-Infektion; 3 Meningenaffektionen mit oder ohne Beteiligung der Lunge. Ein Drittel der Fälle endete tödlich. Die Pneumonie tritt meistens schleichend auf und verläuft sehr schnell. Ein Patient starb nach 14 Stunden. Die Sektion ergiebt Splenisation, keine Hepatisation. Die Symptome des Ergriffenseins der Meningen sind nicht immer typisch. Die bakteriologische Untersuchung stellt die Entstehung durch Pneumokokken fest.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von monströser Elephantiasis aus den Tropen, von Chr. Rasch. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 49.) Der Verfasser teilt aus Siam einen Fall von monströser elephantiastischer Verdickung der oberen Extremitäten, besonders der Hände, mit. Die wiedergegebene Photographie zeigt die furchtbaren Dimensionen der betroffenen Körperteile. Auffallenderweise ist der kleine Finger der sonst ungeheuer verunstalteten rechten Hand unverändert.

Das Leiden ist wohl auf Einwanderung von Filarien zurückzuführen. Die Siamesen nennen es „Pjeâht", was die Entstehung durch kleine Tierchen bezeichnet.

Der Verfasser berichtet dann noch einen Fall von wechselnden, schmerzhaften Schwellungen der Haut, die erst aufhörten, als sich aus einer Stelle nach Angabe der Kranken ein Wurm entleerte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum, von Heinrich Grenzner. (*Prager med. Wochenschr.* 1896. No. 38.) Ein 40jähriger Mann, der wiederholt rheumatische Anschwellung des rechten Kniegelenks und der Wade zeigte, bekam im Anschluſs an einen solchen Anfall rote Flecken am ganzen Unterschenkel. Am gleichen Tage setze ein Schüttelfrost ein; das ganze Bein schwoll sehr an und zeigte eine gleichmäſsige Rötung, so daſs die Fleckensich nur wenig abhoben. Unter Fiebererscheinungen breiteten sich die Flecke auf beide Beine und Arme aus unter Rötung und Schwellung; die Flecke waren leicht erhaben. Der Kranke genas unter Gebrauch von Natrium salicyl.

Der Verfasser bringt das Erythema nodosum mit dem Rheumatismus in Verbindung und geht näher auf die diesbezügliche Litteratur ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lichen ruber planus, von Limont. (*Brit. med. Journ.* 7. März 1896.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle. Der eine betrifft einen 9jährigen Knaben, dessen ganze Körperhaut befallen ist. Vor 11 Wochen begann der Ausschlag an den Handgelenken und Innenflächen der Oberschenkel mit typischen Papeln, die nach und nach andere Stellen ergriffen. An der Innenseite des Knies ist die Haut verdickt und pigmentiert. Frei sind Mundhöhle, Präputium und Glans penis. — Der zweite Fall betrifft einen Mann in den mittleren Jahren, dessen Ausschlag seit 12 Wochen besteht. Das hervorstechendste Merkmal war eine ausgesprochene Pigmentation über der Kreuzbeingegend. Die Flecken waren hier nahezu schwarz; an anderen Stellen waren sie mehr abgeblaſst und erinnerten an Lues; auſserhalb der pigmentierten Stellen sah man typische Lichenpapeln. *C. Berliner-Aachen.*

M. Morris empfiehlt (*St. Louis med. and surg. Journ.* Oktober 1896) zur **Behandlung des Lichen planus universalis** Hydrargyrum bijodat., das er anfangs in Gemeinschaft mit Arsen, später für sich allein in ca. 20 Fällen mit bemerkenswertem Erfolge anwandte. *H. Einhorn-München.*

Über die Behandlung der Aknepusteln und Komedonen, von E. Liebsohn. (*Allwöchentl. med. Ztg.* 1896. No. 20.) Diese Hautaffektionen stehen häufig mit Allgemeinleiden im Zusammenhang, wie Verdauungsstörungen, nervösen Erscheinungen, Anämie etc. Daher hat sich die Behandlung auch gegen diese zu richten. Alsdann wird eine Lokalbehandlung eingeleitet, die gewöhnlich in der Expression der Komedonen mit dem Ullmannschen Uhrschlüssel und Durchspülung des Kanals mit adstringierender Flüssigkeit besteht. Unter Umständen werden Schwefel- und Präcipitatsalben oder heiſser strömender Dampf, wie Verfasser eine Reihe von Fällen behandelt, angewandt. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

R. Abrahams empfiehlt (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 70) **zur Behandlung der Acne rosacea** lokale, subcutane Injektionen von 20—30 Tropfen. 95% Alkohols, 3 mal wöchentlich. Die injizierte Hautstelle schwillt anfangs an, wird anämisch. Dann tritt eine zunehmende Röte auf, welche ½—4 Stunden andauert. Nach Ablauf dieser Zeit zeigt die Haut normale Farbe. Nach wiederholten Injektionen obliterieren die dilatierten Blutgefäſse, die Papeln verschwinden. In sechs mitgeteilten Fällen trat nach einer Behandlungsdauer von 8 bis 10 Wochen Heilung ein. Fälle, in welchen bereits bindegewebige Wucherung eingetreten ist, eignen sich nicht mehr für diese Behandlung. *H. Einhorn-München.*

Zur Behandlung des Phagedaenismus tropicus, von Chr. Rasch. (*Allgem. med. Centr.-Ztg.* 1896. No. 79.) In Sumatra und Siam hat Verfasser 400 Fälle von Phagedaenismus tropicus gesammelt. Er hat dieselben stets mit gründlicher Aus-

schabung mittels des scharfen Löffels behandelt, die trotz der Schmerzhaftigkeit ohne Narkose vorgenommen werden kann. Darnach Abspülung mit Karbolsäurelösungen und Jodoformverband. Die Heilung erfolgt darnach mit unglaublicher Schnelligkeit. Die oft vorhandene starke Kachexie schwand. Wo gleichzeitig Lues besteht, kann man ja gegen diese Jodkalium geben, die phagedänischen Geschwüre aber heilen bei obengenannter örtlicher Behandlung auch ohne Jodkalium, auch wenn Syphilis besteht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ätiologie und Behandlung der Bubonen, von J. C. Perry. (*Amer. journ. of the med. scienc.* November 1896.) Nach den Berichten des U. S. Marine-Hospital Service waren von 13774 Blennorrhoefällen nur 341 = 2,48% durch einen Bubo kompliziert. Die Mehrzahl der Bubonen trat im Anschluß an Ulcus molle auf. Wie bekannt, besteht zwischen dem klinischen Bilde und der Häufigkeit der Komplikation keinerlei Relation. Der Zeitpunkt des Auftretens derselben ist sehr variabel; nach vollständiger Vernarbung des Geschwürs kann sich noch ein Bubo entwickeln. Ursache ist die Absorption von Toxinen oder Ptomainen; ob diese chemischen Substanzen Produkte eines spezifischen Mikroben oder der gewöhnlichen Eiterkeime sind, hält Perry für noch unentschieden, wahrscheinlich ist ihm das Letztere. Prädisponierende Momente bilden Reizung des Geschwürs durch Körperbewegung, Retention von Eiter unter Ätzschorfen, Gebrauch von Ätzmitteln, die zwar eine entzündliche Reaktion bedingen, aber nicht stark genug wirken, um das erkrankte Gewebe vollständig zu zerstören, Unreinlichkeit.

41—44,5% der Bubonen führen zur Suppuration. Zur Behandlung der noch nicht vereiterten empfiehlt Perry Injektionen von Hydrarg. benzoic. 1% (Welander). Hierdurch wurden 22 Fälle bei einer mittleren Behandlungsdauer von nur 14 Tagen geheilt; 1 bis 3 Injektionen à 1,2—1,8 ccm.

Die Injektion bedingt brennenden Schmerz, der bis zu zwei Stunden andauern kann, ferner eine Temperatursteigerung in der Dauer von 1 bis 6 Tagen. Bei eintretender Eiterung wird ein kleiner Einstich gemacht und die Abscefshöhle mit Wasserstoffsuperoxyd irrigiert.

Bei den bereits vereiterten Bubonen empfiehlt Perry Injektion von Jodoformemulsion. Incision und Curettement sollen für die wenigen Fälle reserviert bleiben, bei welchen die Entzündung bereits auf die Haut übergegriffen hat, die Haut zerstört ist und das Geschwür ungesunde Granulationen aufweist. Bei Erfolglosigkeit der Injektionsmethoden und der Existenz von mehreren Eiterherden Excision.

H. Einhorn-München.

Über subakute inguinokrurale Adenitiden, von Brault. (*Sem. méd.* 30. Sept. 1896.) Dieselben entstehen durch die Einwirkung der gewöhnlichen Eiterungen bei Exkoriationen, Herpes, Furunkeln, verschiedenen anderen Affektionen, Blennorrhoe, Syphilis, weichem Schanker. Bezüglich der Therapie ist frühzeitige Incision, resp. bei entschieden infektiösem Zustande die Exstirpation zu empfehlen.

C. Müller-Genf.

Venerische Adenitis, von Ramazotti. (Nach *Annales des malad. des org. génito-urin.* 1896. No. 9.) Unter der oben erwähnten Bezeichnung faßt Verfasser die nach Tripper, Schanker und Syphilis entstehenden Drüsenentzündungen zusammen. Ist ein chirurgischer Eingriff nötig, so legt er eine kleine Incision der Haut an, entleert den Eiter und spritzt nun in die Eiterhöhle eine 25prozentige Lösung von Resorcin ein, was etliche Tage wiederholt wird. Die Heilung erfolge rasch (in 15—20 Tagen) bei völliger Schmelzung der betreffenden Drüse, besteht aber eiterige Periadenitis mit Drüsenhypertrophie, so verzögere sich die Heilung.

Neuhaus-München.

Einige Versuche über Behandlung der eitrigen Bubonen mittelst Einspritzungen von Terpentinöl in die Drüsen, von Rondelli. (Nach *Annales des malad. des org. génito-urin.* 1896. No. 9.) Nach dem Vorgange von Professor Giovannini will der Verfasser durch intraglanduläre Einspritzung von Terpentinöl je 1 ccm mittelst Pravaz-Spritze) bei trägem Verlaufe der Drüsenentzündung raschere Schmelzung und Eiterung herbeiführen. Der Schmerz nach der Einspritzung ist lebhaft und steigert sich ad maximum eine Stunde nach der Injektion. Schon am zweiten Tage beginnt die Eiterung und ist nach 4—8 Tagen zu Ende. Die Eröffnung ergiebt reichlichen, etwas blutigen Eiter mit stark harzigem Geruch. Dann erfolge schnell die Heilung.

In den zwei ersten Tagen zeigt sich etwas erhöhte Temperatur, diese kann bis zu 39,5° steigen. Der Harn läfst den charakteristischen Veilchengeruch erkennen.

Neuhaus-München.

Progressive Ernährungsstörungen.

Psorospermosis (Darier). Keratosis hypertrophica universalis, von Ernst Schwimmer. (*Bibliotheca medica.* Abteil. D II. *Dermatologie und Syphilis.* Heft 1. G. Fisher & Co. in Cassel. 1894.) Die vorliegende Arbeit giebt in ihrem Hauptteil die Litteratur über die Dariersche Psorospermosis wieder, um dann einen Fall genauer zu berichten, der schon auf dem Leipziger internationalen Dermatologenkongresse zur Verhandlung gekommen ist. Ich möchte hier nur den histologischen Befund wiedergeben: Das Stratum corneum ist sehr verdickt, verbreitert, drängt, tief hinabreichend, die Papillarschicht keilartig auseinander. Diese erscheint so aufeinandergepreſst, daſs sie ein dendritisches Aussehen erhält. Das Rete weist eine Zellproliferation auf. Das Pigment ist stellenweise vermehrt, stellenweise fehlt es. Das Stratum papillare ist zellig infiltriert. Die Blutgefäſse erscheinen vermehrt. Die Haarbälge und Schweiſsdrüsen sind nur in den oberen Teilen ausgedehnt. Die Epidermoidalpfröpfe sitzen nicht, wie Darier meint, nur an den Ausführungsgängen der Drüsen. Die Cutis ist nur etwas gereizt und dadurch zellenreicher. — Es handelt sich also um eine ausgesprochene Hyperkeratose. — Was nun die Hauptsache, die von Darier als Psorospermien angesehenen zelligen Gebilde betrifft, so kann der Autor gleich vielen anderen dieselben nicht als solche anerkennen, sondern betrachtet sie als Epitheldegenerationsformen, Begleiterscheinungen abnormer Verhornung. Als Beleg für diese Ansicht führt Verfasser einen Fall an von Epithelcarcinom des Präputiums infolge eines chronischen Ekzems, der mikroskopisch dieselben Gebilde zeigte.

Betreffs der Therapie sei nur erwähnt, daſs Verfasser mittelst des Thermokauters stellenweise eine Glättung der Haut erzielte. Ob sie von Dauer sein wird, läſst sich noch nicht sagen.

Der Arbeit ist ein gutes Bild der geschilderten Patientin beigegeben; leider vermiſst man die bildliche Wiedergabe der mikroskopischen Befunde.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Meine Fahrt zu Nic. Nikif. Denisenko (Brjansk. Gouvern. Orel), von C. v. Samson-Woskresenk. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 47.) Denisenko hat ein Extr. Chelidonii majoris als Mittel gegen Carcinome empfohlen. Der Verfasser, nachdem er selbst bei seinen Versuchen nur Miſserfolge erzielt hatte, reiste zu Denisenko, um sich näher zu instruieren. Er hat 30 Fälle bei ihm gesehen, von denen er sieben kurz schildert. Er ist von der Wirksamkeit überzeugt. Es wird das Extr. Chelidonii spissum mit Aq. dest. zu gleichen Teilen im Reagensglase ge-

mischt, durch Watte filtriert und aufgekocht. Die Mischung wird dann subcutan injiziert. Viel scheint an der Güte des Präparates zu liegen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Hautsarkom in Algerien, seine Häufigkeit und Heilbarkeit, von E. Legrain. (Paris 1896.) Nach den Erfahrungen des Verfassers ist das Epitheliom unter den Eingeborenen Algeriens sehr selten; sehr häufig dagegen das Sarkom, das in den weitaus meisten Fällen als Hautsarkom auftritt. Das Melanosarkom ist selten, existiert aber unter den Pferden. Die vom Verfasser beschriebenen 10 Fälle sind alle primäre Sarkome der verschiedensten Hautregionen. Die häufigste Varietät ist das kleinzellige Rundzellensarkom mit starker Gefäfsentwickelung, welche bei der Ulceration nicht selten heftige Schmerzen verursacht. Bezüglich der Therapie erwähnt er die geradezu erstaunliche Wirkung des in Substanz aufgetragenen und in Algerien aus verschiedenen flüchtigen Ölen (vom Wachholder, der Ceder, dem Retem) in grofsen Quantitäten fabrizierten Teer, welchen die Eingeborenen von sich aus anwenden.

C. Müller-Genf.

Beobachtungen an einem Falle von multiplem Melanosarkom mit Melanurie, von Alexander Tietze. (*Bibliotheca medica.* Abt. E. *Chirurgie.* Heft 1. Th. G. Fisher & Co., Cassel 1893.) Verfasser giebt eingehend die Darstellung eines Falles von Melanosarkom mit starker argyrieähnlicher Verfärbung der Haut und Melanurie nebst dem Obduktionsbefunde. Hier sei kurz erwähnt, wie der Verfasser die Melanurie zu erklären versucht.

Er legt sich zwei Fragen vor: 1. Wird der Farbstoff in den Nieren gebildet oder nur durch sie ausgeschieden? 2. Ist der Farbstoff identisch mit demjenigen der melanotischen Tumoren.

ad 1. Im Blute findet sich der Farbstoff in fester Gestalt bei derartigen Fällen nicht konstant oder in nicht in Betracht kommender Menge. Ob er in gelöster Form vorhanden ist, bleibt fraglich. Jedenfalls wäre der Prozentgehalt aber auch sehr klein. — Die Beobachtung bei Ausscheidung von indigoschwefelsaurem Natron, Gallenfarbstoff, Hämoglobin lehren nun, dafs in allen diesen Fällen sich die Pigmente in den Epithelien der Harnkanälchen finden, dafs diese degeneriert sind und gefärbte oder hyaline Cylinder abscheiden. Ganz denselben Befund konnte man in dem vorliegenden Falle histologisch erheben. Per analogam schliefst also der Verfasser, dafs es sich auch bei der Melanurie um einen Farbstoff handelt, der den Nieren vom Blute zugeführt und von diesen ausgeschieden wird, indem das Drüsenepithel derselben eine stärkere Konzentration der Farblösung hervorruft.

ad 2. Verfasser zweifelt nicht an der Identität beider Farbstoffe. Wie die Farbstoffe ins Blut gelangen, ist nicht einzusehen. Es kann das Blut den Farbstoff auslaugen, es kann auch der Farbstoff in den Tumoren aus dem Blute abgespalten werden. — Wie die Reduktion des Farbstoffes statthat, der sich im Harn als Chromogen und im fertigen Zustande findet, bleibt auch unklar. Wahrscheinlich hat das Protoplasma an sich die reduzierende Fähigkeit, nicht nur ein einzelnes Organ.

Ein Bild des Patienten und zwei mikroskopische Bilder sind beigefügt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 4. 15. August 1897.

(Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.)

Über Blastomyceten und hyaline Degeneration.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. Marius Pelagatti,

Assistent am dermatologischen Institut der Universität zu Parma (Prof. Mibelli).

Eine der aktuellsten Fragen der modernen Pathologie ist zweifellos die Frage über die Ätiologie der malignen Neubildungen. Es scheint ganz natürlich, dafs mit dem Aufschwung der Bakteriologie sich viele Forscher bemühten, auch für die malignen Tumoren einen parasitären Ursprung nachzuweisen, doch blieben, wie bekannt, alle diesbezüglichen Untersuchungen resultatlos. Erst in der neueren Zeit haben sich wieder jene Arbeiten angehäuft, in denen mit mehr oder weniger Bestimmtheit ein Organismus als der Urheber maligner Tumoren beschuldigt wird. Doch suchte man nicht mehr nach Bakterien, sondern nach höheren, tierischen oder pflanzlichen Organismen. Mit zunehmender Vervollkommnung der mikroskopischen Technik hat man in den verschiedenen Gewebsteilen der verschiedensten Tumoren Gebilde gefunden, die morphologisch den Sporozoen oder Coccidien ähnlich sahen und thatsächlich für solche gehalten wurden, ja teilweise noch heute gehalten werden, trotzdem wir schon über eine beträchtliche Zahl ausgezeichneter Arbeiten verfügen, in welchen wichtige Beweise dafür vorliegen, um diese Gebilde für tote Degenerationsprodukte der Zellen zu betrachten. Die gröfsere Zahl der Pathologen haben auch auf Grund dieser Untersuchungen die tier-parasitäre Natur jener extra- oder intracellulären Gebilde für zweifelhaft gehalten. Die Frage wurde damit aber noch nicht erledigt. Man wandte sich zwar von der tier-parasitären Theorie ab, gleichzeitig wurden aber gewisse pflanzliche Mikroorganismen beschrieben, die bei der Entstehung der bösartigen Geschwülste eine Rolle spielen sollten. Besonders fleifsig arbeitete an dieser Frage die italienische Schule. Nach Sanfelice haben eine ganze Reihe jüngerer Autoren Arbeiten veröffentlicht, in welchen die

Blastomyceten, eine Hefeart, für die Urheber der malignen Geschwülste erklärt worden sind. Die Annahme wurde noch dadurch unterstützt, dafs SANFELICE, MAFUCCI und SILEO Blastomycetenkulturen hergestellt haben, welche für Tiere pathogene Eigenschaften besafsen; dieselben sollen sogar bei Hunden und Hühnern epitheliale Neubildungen mit Metastasenbildung hervorrufen, welche den menschlichen epithelialen Neubildungen sehr nahe stehen.

Ich habe es nun im Laboratorium des Herrn Dr. UNNA unternommen, Reinkulturen von Blastomyceten mit jenen Gebilden zu vergleichen, welche in den malignen Geschwülsten als Blastomyceten beschrieben worden sind, indem ich das Hauptgewicht auf die färberische Reaktion legte. Die zu den vergleichenden Untersuchungen dienenden Blastomycetenkulturen erhielt ich aus den pathologisch-anatomischen Instituten zu Parma und zu Bologna; dieselben wurden ganz genau so behandelt wie jene pathologischen Objekte, in welchen ich auch die sogenannten Blastomyceten gefunden habe, d. h. jene Gebilde, welche mit den von den anderen italienischen Autoren gefundenen und beschriebenen Körpern vollständig übereinstimmten. Es waren dies die folgenden sechs Objekte: Ein Carcinom der Fufssohle, Rhinosklerom des Gaumens, Epitheliom der Oberlippe, Aknekeloid des Nackens, Skrophuloderma und hypertrophische Condylomata acuminata.

Alle diese Objekte, wie auch Stücke der Blastomycetenkulturen wurden in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet, und die Schnitte mit den von UNNA angegebenen Färbungen behandelt. Bezüglich der Einzelheiten verweise ich auf die demnächst erscheinende ausführliche Arbeit, an dieser Stelle will ich nur meine Ergebnisse zusammenfassen. Aus den Untersuchungen geht hervor, dafs die Blastomyceten und die Körperchen im Carcinom und anderen Neubildungen grundverschiedene Gebilde sind, grundverschieden in ihrem Verhalten den Farbstoffen gegenüber. Die Blastomyceten färben sich mehr in der Weise wie das Gewebe, und nicht wie die in demselben liegenden Körperchen. Die letzteren nehmen bei einer nacheinander folgenden Behandlung mit verschiedenen Farbstoffen immer nur die eine oder andere Farbe an, sei diese sauer oder alkalisch, während die Blastomyceten eine Mischfarbe annehmen, indem sie keine exquisite Affinität zu einem besonderen Farbstoff besitzen. Auch bei der von SANFELICE angegebenen Methode, nämlich bei Färbung mit einem Gemisch von Saffranin und Malachitgrün, welche die sogenannten Blastomyceten im Gewebe spezifisch grün färben, nehmen die Blastomyceten in Kultur eine Färbung an, welche aus der Mischung der beiden Farben resultiert. Ich stütze mich also auf die Verschiedenheit in der färberischen, d. h. chemischen Reaktion, wenn ich behaupte, dafs die Blastomyceten mit den in verschiedenen pathologischen Geweben vorkommenden Körper-

chen nicht identisch sind. Übrigens spricht auch der Umstand, dafs diese Gebilde nicht nur im Krebs, sondern im Aknekeloid, im spitzen Kondylom, im Rhinosklerom und Skrophulodermagewebe gefunden worden sind, von welchen beiden letzteren wir den nunmehr unbestreitbaren Erreger kennen, gegen die parasitäre Natur der Körperchen. Man mufs vielmehr dieselben für ein Degenerationsprodukt des Zellprotoplasmas betrachten, welches sich in allen den von mir untersuchten Fällen in einer speziellen Art von Bindegewebszellen, den Plasmazellen abspielte. Die Art der Degeneration ist die hyaline Degeneration, welche sich aufser bestimmten färberischen Reaktionen auch durch ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber Säuren und Alkalien auszeichnet.

(Vortrag, gehalten in der biologischen Gesellschaft zu Hamburg am 6. Juli 1897 von Dr. C. Beck-Budapest.)

Aus der Praxis.

Filmogen.

Von

P. G. Unna.

Das vor einem Jahre von Schiff in die Praxis eingeführte Filmogen, ein wasserunlöslicher Firnis, ist seitdem an meiner Poliklinik neben dem sonst gebräuchlichen wasserlöslichen Gelanth und wasserunlöslichen Kollodiumfirnis in Anwendung gezogen worden. Diese beiden letzteren Präparate sind es, die wegen ihrer vielseitigen Verwendbarkeit und Billigkeit zunächst mit dem Filmogen in Bezug auf ihre Wirksamkeit verglichen werden müssen, wenn man sich ein Urteil über die Zukunft des Filmogens bilden will.

An der Kinderabteilung meiner Poliklinik, welche von Frau Dr. Trachsler geleitet wird, wurden zunächst Versuche mit vier Medikamenten: Chrysarobin, Teer, Salicylsäure und Ichthyol gemacht.

In allen Fällen ergaben sich als besondere Vorzüge des Filmogens vor den genannten Firnissen erstens eine ungemeine Feinheit und zweitens eine sehr angenehm empfundene grofse Elasticität der Filmogendecken. Ohne farbiges Medikament ist der Filmogenanstrich kaum sichtbar. Diese beiden Vorzüge allein würden jedoch kaum hinreichen, demselben einen dauernden Platz neben dem Gelanth und Kollodiumfirnis in unserer

Poliklinik zu sichern, wenn sich nicht alsbald noch ein dritter Vorzug qualitativer Art herausgestellt hätte. Das Filmogen haftet nämlich trotz seiner Wasserunlöslichkeit auf feuchten Hautstellen fast so gut wie Gelanth, ohne wie letzteres wieder aufzuquellen und gelöst zu werden.

Für jedes neue Vehikel mufs sich wenigstens eine spezifische, ihm allein eigentümliche Indikation ergeben, wenn es sich neben den früheren erhalten soll. Diese scheint für das Filmogen bei der Behandlung feuchter, umschriebener Ekzeme und intertriginöser Flächen gegeben zu sein.

Bei feuchten Handekzemen wurde das Salicylfilmogen (10%) mit gutem Erfolge gebraucht; die Decke haftete an den feuchten Stellen. Eine gröfsere Versuchsreihe führte Frau Dr. Trachsler bei intertriginösem Ekzem der Säuglinge durch (17 Fälle). Hier wurde stets nur Ichthyolgelanth früher angewandt, wenn ein Firnis verordnet werden sollte (sonst kamen Puder und Zinkschwefelpaste zur Verwendung), da der wasserunlösliche Ichthyol-Kollodiumfirnis zu sehr brannte. Das Ichthyolgelanth hatte eine gute Wirkung, mufste aber, da es sich allmählich löst, zu oft erneuert werden. Die Versuche wurden so angestellt, dafs die eine Seite der Inguines und des Afters mit 5%igem Ichthyolgelanth, die andere mit 5%igem Ichthyolfilmogen gepinselt wurde. Die letztere Applikation schmerzte natürlich mehr, aber doch nicht so erheblich wie bei Kollodiumfirnis und nach kurzer Zeit hörte der Schmerz auf. In der Wirkung aber übertraf das Ichthyolfilmogen das Ichthyolgelanth, sowohl was die Schnelligkeit als die Sicherheit der Abheilung betraf.

Weniger gutes sahen wir von dem Chrysarobin- und Teerfilmogen bei psoriatiformen Ekzemen und Psoriasis. Hier blieb die Wirkung hinter der der entsprechenden Kollodiumfirnisse zurück. Bei trockenen Efflorescenzen scheint mithin das Filmogen nicht so indiziert zu sein als bei feuchten.

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

(Fortsetzung.)

Celsus (III. Teil).

Von

Dr. Moritz Cohn in Hamburg.

Dafs die Haare ihre Farbe dem Pigment, welches in ihnen enthalten ist, verdanken, scheint den älteren Autoren unbekannt gewesen zu sein, dagegen sind ihnen die Pigmenterkrankungen der Haut nicht fremd. Eine Hauptrolle spielt hier die Vitiligo, von welcher Celsus drei Unterarten unterscheidet (Bd. V, Kap. 28, pag. 207). „Vitiligo quoque quamvis per se nullum periculum affert, tamen et foeda est, et ex malo corporis habitu fit. Eius tres species sunt. Ἀλφὸς vocatur, ubi color albus est, fere subasper et non continuus, ut quaedam quasi guttae dispersae esse videantur. Interdum etiam latius et cum quibusdam intermissionibus serpit.“ Die Deutung ist nicht einfach. Weifse Stellen, welche wie Tropfen verteilt sind. Manchmal nehmen sie eine gröfsere Ausdehnung an und kriechen in Zwischenräumen weiter. Möglich, dafs wir es hier mit dem Leukoderma oder einer Vitiligo circumscripta zu thun haben. — Μέλας colore ab hoc differt quia niger est et umbrae similis: cetera eadem sunt. Melas ist also an Ausdehnung, Verbreitung und Gröfse dem Alphos gleich, unterscheidet sich aber von ihm durch die dunkle Farbe. Wahrscheinlich handelt es sich um Lentigines. Doch sind gewisse Pityriasisformen oder die Ichthyosis nicht mit Sicherheit auszuschliefsen, zumal an anderer Stelle von den Lentigines (Lenticulae) direkt gesprochen wird. Vielleicht ist es auch eine Erkrankung, welche wir, weil sie erloschen ist, nicht mehr kennen.

Noch viel schwieriger wird die Deutung der dritten Unterart der Vitiligo. Celsus fährt fort: „Λευχή habet quiddam simile alpho, sed magis albida est, et altius descendit, in eaque albi pili sunt, et lanugini similes. Omnia haec serpunt, sed in aliis celerius, in aliis tardius. Alphos et melas in quibusdam variis temporibus et oriuntur et desinunt: leuce, quem occupavit, non facile dimittit. Priora curationem non difficillimam recipiunt, ultimum vix unquam sanescit; ac si quid ei vitium demptum est, tamen non ex toto sanus color redditur.“ Da der Begriff „λευχή“ eigentlich schon im Hippokrates, wo derselbe sowohl die Deutung als

„Lepra“ oder „Syphilis“ zuläfst, festgelegt ist, so war hiermit für die späteren Erklärer des Celsus Grund und Boden geschaffen. Daher erklärt sich auch die falsche Auffassung, welche Leuke fast überall erfahren hat. Fast immer wurde dieselbe als Lepra gedeutet. Noch in diesem Jahrhundert haben Willan und Batemann die Leuke so gedeutet (cf. die Übersetzung von Calmann, 1835, pag. 322). Von älteren Schriftstellern macht nur Gorraeus eine Ausnahme, welcher feststellt, dafs bei der Vitiligo keinerlei sichtbare Veränderung der Haut in der Form von Rauheit, Schuppenbildung oder Ulceration auftritt. Der erste, der energisch gegen die Auffassung der Celsusschen Leuke als Lepra Front machte, war Kaposi (cf. dessen Lehrbuch Hebra und Kaposi, 1876, Bd. II, pag. 125). Allerdings kann ich mich seiner Deutung der Vitiligoarten nicht unbedingt anschliefsen. Er bezieht *ἀλφός* und *λευκή* auf pigmentlose Flecken, *μέλας* auf Naevus pigmentosus; fügt aber hinzu, man könnte es ebensogut auf Psoriasis und Ekzem (fere subasper) beziehen. Die älteren Autoren, welche nun in der Celsusschen Leuke die Lepra erkennen wollen, fügen als Beweis folgenden Passus aus demselben Kapitel an: „Utrum autem aliquod horum sanabile sit, an non sit, experimento facile colligitur. Incidi enim cutis debet, aut acu pungi: si sanguis exit, quod fere fit in duobus prioribus, remedio locus est, si humor albidus, sanari non potest; itaque ab hoc abstinendum est.“ Ich kann mich von der Beweiskraft dieses Absatzes nicht überzeugen. Seröse Flüssigkeiten sondern viele Hautaffektionen ab; ich erinnere nur an das Eczema madidans, die Impetigo etc. Sticht man dagegen in einen Lepraknoten tief genug hinein, so erhält man auch hier Blut. Dahingegen scheint mir die Lepra tuberosa im 25. Kapitel des dritten Buches (pag. 109) deutlich genug geschildert zu sein. Totum corpus afficitur, ita ut ossa quoque vitiari dicantur. Summa pars corporis crebras maculas crebrosque tumores habet; rubor earum paulatim in atrum colorem convertitur. Summa cutis inaequaliter crassa, tenuis, dura mollisque, quasi squamis quibusdam exasperatur; corpus emacrescit; os, surae, pedes intumescunt. Ubi vetus morbus est, digiti in manibus pedibusque sub tumore conduntur, febricula oritur, quae facile tot malis obrutum hominem consumit. Ich selbst möchte die *λευκή* am ehesten als Vitiligo im modernen Sinne oder als erworbenen partiellen Albinismus deuten.

Die Behandlung dieser Pigmentanomalien scheint im Altertum häufiger als jetzt versucht zu sein. Wir finden daher folgende Mittel hierfür bei Celsus angegeben: Schwefel und Weihrauch mit Essig gemischt; oder Heilkraut, Soda, Kümmel und getrocknete Feigenblätter werden zu gleichen Teilen gestofsen und mit Essig angerührt. Dieses Mittel mufs bald wieder abgewaschen werden, damit es nicht zu sehr zerfrifst. Schliefslich rät er noch, die Vitiligo im Bade mit Bohnenmehl zu bestreuen und hinterher

folgende Mischung aufzulegen: Schwefel, gestofsenen Alaun, Soda ā 10 und ein Essiggefäfs voll gemahlener, trockener Myrthe. Das letzte Mittel wurde von MYRON, das vorhergehende von IRENAEUS angegeben, Ärzten, von denen wir sonst nichts wissen. Immerhin ein Zeichen, dafs unsere Vorfahren vorsichtiger waren als manche moderne Erfinder sogenannter „neuentdeckter" Heilmethoden. Früher erwähnte ich bereits, dafs von den Lentigines (Lenticulae) besonders gesprochen wird und zwar im Zusammenhang mit Mälern (vari) und Sommersprossen (Ephelidae). Celsus meint, diese Dinge hätten gar kein Interesse, wenn nicht die Eitelkeit (cura cultus sui) des weiblichen Geschlechts uns ihre Behandlung aufzwänge. Er sagt im 6. Buch, Kap. 5 (pag. 209): „Ephelis vero a plerisque ignoratur, quae nihil est nisi asperitas quaedam et durities mali coloris." Von ihr unterscheidet sich die Lenticula nur dadurch, dafs sie auch an anderen Körperteilen auftreten kann, während die Sommersprossen nur das Gesicht befallen. Eine Anschauung, die Richtiges mit Unrichtigem verbindet. Sommersprossen treten allerdings mit Vorliebe an unbedeckten Körperstellen auf, aber der Linsenfleck findet sich im Gesicht nicht viel seltener als am übrigen Körper. Da Celsus das Pigment nicht kannte, können wir von ihm auch keine bessere Definition verlangen, als er oben für die Ephelis gegeben. Über die „Vari", welche ich am ehesten als Muttermäler deuten möchte, erfahren wir nur ihre Behandlung. Von ihnen und den Lenticulae trennt er das ξανθόν, eine seltene Erkrankung ab, welche intensiver rot und ungleichmäfsiger als die erstere ist. In letzterem finde ich nicht das Xanthelasma der Augenlider geschildert, sondern eher ein Angiom, da gerade die Farbenunterschiede von den älteren Ärzten mehr beachtet wurden als von den modernen. Daher ist nicht anzunehmen, dafs ihm die intensive Gelbfärbung unseres Xanthoms entgangen sein soll. Zur Behandlung der „Vari" empfiehlt er Harz und gestofsenen Alaun zu gleichen Teilen mit geringem Zusatz von Honig. Für die Lenticulae verwendet er Mutterharz (Galban) und Soda, zu gleichen Teilen gestofsen und mit Essig gemischt, bis sie die Konsistenz von Honig erreicht haben. Hiermit wird die betreffende Körperstelle abends bestrichen, morgens abgewaschen und dann mit Öl eingesalbt. Die Epheliden werden mit 2 Teilen Harz, 1 Teil „gegrabenen Salzes" (sal fossilis) und etwas Honig behandelt. Aufserdem kannte er ein Mittel, welches für Mäler, Linsenflecke, Warzen und nebenbei auch zum Färben der Narben geeignet ist und welches den Namen des Vaters TRYPHON, eines älteren Arztes trägt, es enthält gleiche Teile Myrobalan. magm., cretae Cimol. subcaerul., nuc. amar., farin. hordei, farin. ervi, struth. alb., sertul. Campan. seminis. Diese Dinge werden in möglichst bitterem Honig gelöst und dann während der Nacht aufgelegt.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Aufserordentliche Sitzung vom 3. Juni 1897.

(Originalbericht von L. Wickham-Paris.)

Diskussion über die Arbeiten von Sabouraud über die Seborrhoe, die Kahlheit und die Alopecia areata. In einer früheren Sitzung hatte S. die Resultate seiner Untersuchungen in dieser Frage mitgeteilt. Nach denselben würde man 1. in den seborrhoischen „Cocons" bei der Seborrhoea oleosa mit gröfster Konstanz einen Bacillus finden, der stets dieselben morphologischen Eigenschaften zeigt, sich isolieren und kultivieren läfst und dessen Toxine beim Kaninchen ausgedehnte und langdauernde Kahlheit erzeugt; danach müfste der betreffende Bacillus als das ursächliche Agens der Seborrhoea oleosa betrachtet werden. 2. Die Seborrhoea oleosa ist der Ausgangspunkt der Seborrhoea decalvans, der Kahlheit und der Alopecia areata; sie ist mit der Geschichte des Mechanismus dieser Varietäten der Kahlheit eng verbunden. 3. Das Vorhandensein der lebenden Seborrhoebacillen im Haarbalgsysteme führt zum Ausfalle des Haares. 4. Es besteht somit ein enges Verhältnis bezüglich Ursache und Wirkung zwischen dem Bacillus und den genannten drei Varietäten der Kahlheit.

Herr Brocq. Es ist vorläufig noch unmöglich, auf die Argumentation der von Herrn S. mitgeteilten Experimente einzugehen. Geht man von der Richtigkeit dieser Experimente aus, so kann man jedoch bereits jetzt schon über die Art diskutieren, wie Herr S. dieselben auslegt, und damit kann ich mich meinerseits nun nicht einverstanden erklären. Vor allem habe ich in klinischer Beziehung einige Bemerkungen zu der ersten Mitteilung von Herrn S. zu machen. Wie bemerkenswert an Genauigkeit seine klinische Beschreibung der Seborrhoe auch sein mag, so hat er doch versäumt, einzelne Merkmale hervorzuheben, von denen folgende die wichtigsten sind: Das Gesicht der Seborrhoiker, zumal der jugendlicheren Individuen, ist oft blafs und etwas aufgedunsen; sie haben das Gefühl von Spannung und Stechen, verbreiten einen eigentümlichen, oft sehr starken widerlichen Geruch. In geschichtlicher Hinsicht hat Herr S. die früheren Arbeiten nicht genügend gewürdigt; so haben Rayer, Hardy und andere die fliefsende Seborrhoe sehr genau beschrieben. Vidal hat die Pityriasis capitis von den Seborrhoen losgetrennt und daraus ein trockenes Ekzem des Haarbodens gemacht. Ich selbst habe zum Studium dieser so interessanten Frage der Seborrhoe ebenfalls beigetragen. Im Jahre 1889 hat Barthélemy nachgewiesen, dafs der Gesichtsakne stets eine Seborrhoe vorangeht. — Nach den Untersuchungen von S. liegt der Bacillus innerhalb der seborrhoischen „Cocons", welche selbst der Haarpapille nicht anliegen. Wie wirkt nun der Bacillus auf das Haar? Herr S. meint durch Vermittelung von Toxinen. Beim Kaninchen üben diese letzteren aber eine Fernwirkung aus, während beim Menschen der Bacillus eine lokale Wirkung entfaltet. Bei diesem letzteren beobachtet man übrigens eine vermehrte Talgexkretion, was beim Kaninchen nicht stattfindet. — In dieser Frage von der Seborrhoe und der Kahlheit spielt der Boden eine Hauptrolle und diesen Boden bildet der Arthritismus, der selbst bei nervösen Individuen zu suchen ist. Ohne seine Vermittelung kommt es niemals zur Kahlheit, selbst bei der ausgesprochendsten Seborrhoe. Herr S. sagt nichts von einer Pluralität bei der Kahlheit und doch existiert eine solche. Es

giebt eine ganze Anzahl von alopecieähnlichen Kahlheiten; dahin gehört z. B. die Form, die sich um einen Furunkel, einen Karbunkel oder eine Impetigopustel herum ausbildet. Der Staphylococcus erzeugt ein Toxin, das Haarausfall bedingt. Auch sieht man Kahlheit nach Traumen entstehen. Neben der wahren Alopecie (Alopecia areata) giebt es somit eine ganze Anzahl anderer und ihre Varietäten werden im Verhältnisse zu unseren neuen Kenntnissen noch zunehmen. Wäre die Alopecie ausschliefslich bakterieller Natur, so wäre sie auch leicht übertragbar; in Wirklichkeit aber spielt die Kontagiosität eine nur nebensächliche Rolle. — Seborrhoe und Alopecia areata lassen sich klinisch nicht identifizieren. Der Parasit kann für beide Affektionen nicht der gleiche sein; so findet man im Zentrum von Alopeciaplaques keine Pilze; solche findet man ausschliefslich in der Peripherie. In aufserordentlich grofsen Mengen trifft man ihn hingegen im Zentrum der Herde bei Seborrhoea decalvans. Man müfste also annehmen, dafs Herr S. zwei verschiedene Bacillen entdeckt hat, den Bacillus der Seborrhoe und denjenigen der Alopecia areata. Ist dies aber einmal mit Sicherheit nachgewiesen, so würde damit der Sabouraudsche Bacillus als spezifisches Agens der Seborrhoe an Wert verlieren.

Herr L. Jacquet. Ich bin der Ansicht, dafs der S.'sche Bacillus ohne weitere strikte Beweismittel als ursächliches Agens weder der Seborrhoe, noch der Alopecie, noch der Kahlheit betrachtet werden kann, dafs man vielmehr berechtigt ist, ihn als einen sehr verbreiteten und wirksamen Erreger sekundärer Infektion anzusehen. — Die experimentellen Beweise, die Herr S. bisher geliefert hat, scheinen mir unzureichend: Bei einem Kaninchen hat er eine unvollständige und diffuse Kahlheit hervorgebracht, welche einen Monat nach einer intramuskulären Injektion fiebererzeugender Toxine entstanden war und spontan heilte. Eine solche Kahlheit sieht aber eher dem diffusen und gutartigen Haarausfalle nach gewissen Infektionskrankheiten ähnlich als der Alopecia areata und der gewöhnlichen Kahlheit. Bei einem anderen Kaninchen hat S. eine Alopecie in Herden auftreten sehen, die aber wie die andere keinen seborrhoischen Charakter trug; er hatte 105 ccm Toxine injiziert, eine Menge die leicht eine Reihe humoraler und nervöser Störungen hervorrufen kann; beim Menschen wären, im Vergleich zum Kaninchen, mehrere Liter nötig, um eine Alopecia hervorzurufen. Übrigens scheint sich zu solchen Experimenten das Kaninchen wenig zu eignen, indem bei demselben aus verschiedenen Gründen sehr leicht Haarausfall eintritt; so erhält man bei diesem Tiere nach Anwendung von Calciumbisulfid eine vollständige und dauerhafte Alopecie. Wäre es unter solchen Umständen nicht geratener am Menschen selbst zu experimentieren? — Zum Schlusse mufs ich übrigens erklären, dafs wir Herrn S. eine ganze Reihe von Thatsachen betreffend die Seborrhoe, die Alopecia areata und die Kahlheit verdanken. So scheint nun die Thatsache klar zu liegen, dafs es sich bei der Alopecia areata nicht um eine Infektion des Haares, sondern um eine Aufhebung des Lebens in der Papille handelt, welche bereits Besnier unter der Bezeichnung von Sideratio papillae vorausgesehen hatte.

Herr Gaston zeigt ein Kaninchen mit einer gangränösen Stelle am Abdomen, um welche herum in einem Umkreise von mehreren Centimetern die Haare vollständig ausgefallen sind.

Herr Darier meint, dafs die klinischen Thatsachen zwar im Widerspruche stehen mit den Angaben von Herrn S., dafs man aber den experimentellen Resultaten dieses Forschers nur mit gleichartigem Beweismaterial entgegentreten kann. Was nun seine eigenen histologischen und bakteriologischen Untersuchungen anbelangt, so stimmen sie in ihrem Resultate mit den hauptsächlichsten Schlufsfolgerungen S.'s überein. Vor allem hat er gefunden, dafs 1. bei Seborrhoea oleosa konstant und an der von S. bezeichneten Stelle des Haarbalges aufserordentlich zahlreiche Bacillen besonderer

Art angetroffen werden. Es ist also wahrscheinlich, daſs dieselben als die Ursache der Seborrhoea oleosa angesehen werden müssen; erwiesen ist dies jedoch noch nicht. 2. Histologisch besteht eine Analogie zwischen Seborrhoe und Alopecia areata. Man trifft bei beiden dieselbe Zellenform, dieselbe Art der Haaratrophie, dieselbe Bacillenvarietät an. Zur Identifizierung der beiden Affektionen sind jedoch noch andere Bedingungen nötig. — Herr Darier fügt noch bei, daſs man hier und da bei stark entwickeltem Haarwuchse seltene Kolonien des Bacillus findet.

Herr Barthélemy glaubt nicht, daſs Seborrhoe und Alopecia areata durch dieselben ursächlichen Agentien bedingt sind. Viele andere Toxine führen beim Kaninchen zu Haarausfall. Ganz besonders betont er die Bedeutung des Bodens, da man den Arthritismus nicht auſser Betracht lassen dürfe, indem er bei der Kahlheit die konstitutionelle Beanlagung bilde.

Herr Barbe erklärt, daſs die Seborrhoe keine Kahlheit bedinge. Wie andere Autoren kennt er Patienten, die Jahre lang an fetter oder trockener Seborrhoe leiden, ohne daſs Haarausfall eingetreten. Eine so nahe Verwandtschaft zwischen Kahlheit und Alopecia areata, wie sie S. angiebt, existiert nicht, da es sich um vollständig verschiedene Affektionen handelt. Der von S. beschriebene Bacillus, welcher gleichzeitig die Seborrhoe, den Komedo, die Akne, die Kahlheit und die Alopecia areata erzeugt, hat keinen pathogenen Wert. Wäre die frühzeitige Kahlheit parasitären Ursprunges, so müſste ein Individuum das andere anstecken, ebenso müſste sich die Kahlheit vom Kopfe durch Kontagium auf den Bart und die übrigen behaarten Körperstellen ausbreiten, wie dies bei der Alopecia areata geschieht. Dem ist aber keineswegs so. Die frühzeitige Kahlheit bleibt auf den Kopf beschränkt. Herr S. stützt sich bei seinen Behauptungen hauptsächlich auf seine Toxininjektionen, womit er bei Kaninchen dauernde Alopecie hervorgebracht hat; eine ganze Menge anderer Toxine erzeugen aber ganz dieselbe Kahlheit.

Herr Hallopeau. Die Beziehungen zwischen den einzelnen sog. seborrhoischen Affektionen sind längst bekannt; gemeinschaftlich ist ihnen allein der Boden auf dem sie sich entwickeln. Herr S. hat bei der fetten Seborrhoe stets einen dünnen Bacillus gefunden; damit ist aber noch keineswegs gesagt, daſs derselbe die Ursache der Affektion sein müsse. Die Talgdrüsen können gleichwie die Knäueldrüsen eine vermehrte Sekretion aufweisen, die keineswegs parasitärer Natur zu sein braucht. Findet man demnach bei allen Seborrhoevarietäten denselben Bacillus, so kann er offenbar nicht ihr spezifischer Erreger sein und in ihnen nur einen günstigen Boden finden. Was die Alopecia areata betrifft, so unterscheidet sich dieselbe in ihrer Natur höchstwahrscheinlich von der Seborrhoea oleosa. Übrigens ist der wissenschaftliche Beweis für die Entstehung der Alopecia areata infolge von Proliferation des Bacillus nicht erbracht, indem keine Impfversuche gemacht worden sind. Die durch Toxine hervorgebrachte Kahlheit beobachtet man bei den verschiedensten Agentien, vom Alrin an gerechnet bis zum Kontagium der Syphilis und der akuten Exantheme. Man muſs also die Resultate von Versuchen mit Kulturen des spezifischen Bacillus abwarten, bevor man dessen pathogene Wirkung bei Alopecia areata als gesichert hinstellt.

Herr Tenneson sieht die Notwendigkeit dieser auſserordentlichen Sitzung nicht ein. Wie sehr die von Herrn S. angeführten Untersuchungsresultate auch auffallen mögen, so sind es eben doch Thatsachen und auf solche läſst es sich nur wieder mit Thatsachen antworten, wozu aber jahrelange Laboratoriumsarbeiten notwendig sind.

Herr Brocq ist hingegen der Ansicht, daſs man die klinische Seite der Frage und die Interpretation der experimentellen Befunde jetzt schon mit Nutzen diskutieren könne.

Herr Fournier berichtet über gewisse Thatsachen, die sich schwer erklären

assen. Er hat Syphilitiker gesehen, bei denen sich eine der syphilitischen Alopecie ganz ähnliche Alopecie entwickelt hatte und bei denen sich späterhin, zu einer Zeit wo die Syphilis aufser Frage gestellt zu sein schien, häufig Recidive einstellten mit kahlen Stellen wie bei Alopecia areata.

Herr Sabouraud wiederholt kurz die von ihm behaupteten und in dieser Sitzung diskutierten Thatsachen: Die Akne oleosa der alten französischen Autoren kommt sowohl an den behaarten als an den unbehaarten Körperstellen vor. Sie geht stets mit Haarausfall einher. Die gewöhnliche Kahlheit kommt auf diesem Wege zu stande; ebenfalls geht der Alopecia areata eine solche lokalisierte Seborrhoe voraus. Überall wird die fette Seborrhoe durch einen Mikroorganismus hervorgerufen. — Nach Herrn Brocq haben vor mir verschiedene andere Autoren die Seborrhoea oleosa beschrieben; das ist allerdings richtig; keiner hat dies aber nach dem verschiedenen Sitze der Affektion oder als Ursache der Kahlheit gethan. Herr B. möchte das seborrhoische Toxin meiner Kulturen einen vermehrten Talgfluſs hervorrufen sehen. In jeder Drüse, deren Ausführungsgang verstopft ist, findet eine Hypersekretion statt und so ist auch bei der Seborrhoe die Vermittelung von Toxinen überflüssig. — Bezüglich der Pluralität der Alopecia areata bin ich mit B. einverstanden. Doch habe ich mich hier mit der gewöhnlichen Alopecia areata und der gewöhnlichen Kahlheit zu beschäftigen. — Herr Jacquet spricht von pyretogenen Toxinen (was das meinige nicht ist) und von vorübergehendem Haarausfall nach Inokulationen. Was nun den Haarausfall anbelangt, den ich bei meinen Kaninchen beobachtet, so dauert derselbe jetzt noch, nach vier Monaten, an. Er vergleicht die Wirkung des Calciumbisulfides, eines gewöhnlichen Depilatoriums, mit derjenigen von Toxinen, was der Wirklichkeit nicht entspricht. Was die Versuche am Menschen betrifft, so werde ich dieselben zuerst an mir selbst probieren, sobald ich dies für passend erachtet habe. — Herr Sabouraud weist sodann auf die übereinstimmenden Resultate von Herrn Darier mit den seinigen hin und erklärt, die Thatsache, daſs auf Haarböden mit unbedeutendem Haarausausfall spärliche und isolierte Kolonien des Mikrobacillus vorkommen, ebenfalls beobachtet und auf Seite 269 seiner Mitteilung über die Kahlheit beschrieben zu haben. — Die Herren Barthélemy und Brocq betonen beide die vorherrschende Rolle des Bodens bei der Entstehung der Kahlheit und Seborrhoe und ganz besonders die Bedeutung des Arthritismus, ohne aber von diesem letzteren die nötige Beschreibung zu geben. Hat Herr B. darunter verstehen wollen, daſs sich der Bacillus nur da niederläſst, wo er leben kann und daſs er nicht bei allen Individuen das nötige Nährmaterial findet, so bin ich mit ihm ja vollständig einverstanden. Ja ich habe sogar behauptet, daſs sich alle diese Fragen auf chemischem Wege ganz sicher werden nachweisen lassen. Da uns aber dieser chemische Prozeſs vorläufig noch unbekannt ist, so enthalte ich mich einer Besprechung. — Das Meerschweinchen von Herrn Gaston mit der haarlosen Stelle in der Umgebung der gangränösen Partie weist absolut nichts ungewöhnliches auf; es handelt sich um eine beim Meerschweinchen unter solchen Umständen ganz gewöhnliche entzündliche Affektion. — Herr Hallopeau meint, daſs der Bacillus erst sekundär seinen Einzug auf seborrhoischem Boden halte und nicht umgekehrt, daſs der Bacillus die Entstehung der Seborrhoe verursache. Dieser Einwurf ist aber bei allen Infektionskrankheiten gemacht worden, selbst bei der Tuberkulose; ich brauche mich also nicht dabei aufzuhalten. Was nun die Frage anbelangt, ob ein und derselbe Parasit zwei so verschiedene Affektionen hervorrufen könne, wie die Kahlheit der Seborrhoiker und die Alopecia areata, so wissen wir, daſs derselbe Streptococcus in der Haut bald ein Erysipel, bald Lymphangitiden, Abscesse, Ekthyma verursachen kann. — In einer Mitteilung im *Progrès médical* giebt Raymond kurz die Argumentationsweise meiner Gegner an und behauptet, daſs die klinischen

Thatsachen mit den bakteriologischen gewifs gleichwertig seien. Dies nun bestreite ich entschieden. Von allen diesen klinischen Ansichten meiner Gegner, welches ist wohl die richtige?

In sehr animiertem Tone fährt Herr S. in seiner Verteidigungsrede noch eine Weile fort und erwartet in den künftigen Untersuchungen die Bestätigung seiner Behauptungen.

Alopecia areata und Lichen. Herr JACQUET. In einer früheren Sitzung hatte Herr DARIER einen Patienten vorgestellt, der beinahe gleichzeitig von einer Alopecia areata und einem Lichen der Mundhöhle affiziert war. Ich kann nun über einen weiteren derartigen Fall berichten, wobei der Patient nach einer Bronchitis von einer Alopecie des Kopfes und des Bartes und daneben von einem Lichen planus der Mundhöhle und der Zunge befallen wurde. Beide Affektionen haben sich nebeneinander in einem Zeitraum von 18 Monaten entwickelt und heilten innerhalb eines Monats durch Anwendung lauwarmer Douchen. Der Mechanismus der Haarveränderung bei der Alopecia areata stellt einen Prozefs dar, den BESNIER „Sidération du poil" nannte. Die „Lethargie" der Papille kann vom allgemeinen biologischen Standpunkte aus mit den von BROWN SÉQUARD beschriebenen Hemmungszuständen verglichen werden. Dasselbe läfst sich nach meiner Ansicht auch vom Lichen sagen.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Dezember 1896.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1897.)

Dr. C. FOX stellt ein 5jähriges Mädchen mit **Monilithrix** vor. Der gröfste Teil der Kopfhaut ist von der Affektion befallen. Dieselbe besteht seit der Geburt des Kindes. In der Familie ist kein ähnlicher Fall zu verzeichnen. Eine Erklärung des moniliformen Zustandes des Kopfhaares ist sehr schwer. Er erinnert lebhaft an die regelmäfsigen Auszackungen und andere Eigentümlichkeiten in den Haaren vieler Tiere. Eine Heilung ist nach den Erfahrungen des Vortragenden nicht zu erreichen.

Dr. GALLOWAY demonstriert eine 52jährige Frau mit allgemeiner **Pigmentation**, die mit zahlreichen punktförmigen, unpigmentierten Flecken abwechselt. Aufser der diffusen Pigmentation bemerkt man noch viele schwarzbraune, punktförmige Flecken an verschiedenen Stellen des Körpers. Die Handteller und Fufssohlen zeigten ausgesprochene Hyperkeratosis. Die Patientin war viele Jahre mit mehr oder weniger langer Unterbrechung wegen Hautjuckens mit Arsenik behandelt. Sie hatte aber auch vor einigen Jahren an den Erscheinungen einer Lebervergröfserung, die auch heute noch zu konstatieren ist, gelitten. Für die Ätiologie der Pigmentation kommen die beiden Punkte in Betracht.

Dr. MORRIS stellt einen Fall vor, in welchem **sekundäre Syphilis** mit typischem **Herpes zoster der Cervico-Humeralgegend** kombiniert ist.

Dr. SHEILD stellt einen 60jährigen Mann vor mit einer Anzahl **Tumoren in der Unterbauchgegend**, insbesondere oberhalb der Pubes, auf dem Penis und am Scrotum. Dieselben sind hasel- bis wallnufsgrofs, fest, einige lebhaft rot, glänzend, zum Teil granulierend. Die Inguinaldrüsen sind nicht affiziert. Für die Diagnose kommen in Betracht: Granuloma fungoides, chronische Syphilide mit epitheliomatöser Wucherung, Paget's Disease der Haut.

Sitzung vom 13. Januar 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* Februar 1897.)

Dr. PRINGLE zeigt eine 36jährige Frau mit **Lichen spinulosus** (vel pilaris).

Am markantesten ist die Affektion am linken Bein ausgeprägt. Man sieht hier eine ovale, von einem dunkelroten Hof etwas erhabene Stelle, die mit festen, hornigen Pfröpfen oder Stacheln dicht besät ist. Letztere sind so hart, dafs man an den stacheligen Teil eines Nufsknackers erinnert wird, wenn man mit der Hand über die Oberfläche fährt. Mit geringer Schwierigkeit kann man die Pfröpfe herausschaufeln, worauf tiefe Gruben zurückbleiben. Die Stacheln ragen aus den Haarfollikeln der befallenen Stelle hervor. Die Schleimhäute und die Kopfhaut sind frei. Vortragender hat solche Efflorescenzen gleichzeitig mit Lichen planus kombiniert gesehen. — Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder glaubt nicht, dafs der vorliegende Fall Devergies Lichen spinulosus entspreche.

Dr. Pringle stellt einen **Fall zur Diagnose** vor. Die Patientin, 53 Jahre alt, zeigt eine Hautaffektion, die an Acanthosis nigricans erinnert. Die Haut um die Vulva und an der inneren Seite beider Oberschenkel ist tief pigmentiert, hypertrophiert, lichenifiziert. Die Demarkationslinie zwischen erkrankter und gesunder Haut ist scharf ausgeprägt. An der Innenseite des linken Oberschenkels, nahe der Crurogenitalgrube, erhebt sich ein weiches, nicht ulceriertes, flaches, papillomatöses Gewächs von der Gröfse einer breiten Bohne; zwei ähnliche, aber kleinere Gewächse sieht man an der korrespondierenden Stelle der rechten Seite. Um den Anus befindet sich eine tief pigmentierte, $^3/_4$ Zoll breite Zone. Das Jucken an den befallenen Partien ist intensiv und veranlafst die Patientin, dieselben beständig zu scheuern. Vorn an beiden Knien sieht man grofse, scharf markierte Plaques von Dermatitis mit starker warziger Beschaffenheit auf der linken Seite. An der Dorsalfläche der 2. und 3. Zehe der rechten Seite und an den Kontaktflächen aller Zehen beider Füfse befinden sich warzige Exkrescenzen, die an Ichthyosis hystrix erinnern. Die Patientin ist mager und hat im letzten Jahre an Gewicht abgenommen. Ihre Haut ist dunkel. Die Schleimhäute sind nicht pigmentiert. Seit Jahren leidet die Patientin an Dyspepsie. Milz und Leber sind nicht vergröfsert. Der Urin enthält weder Eiweifs noch Zucker. — Die Mitglieder lassen die Diagnose in suspenso, glauben ebenso wie der Vortragende, dafs der Fall nicht als Acanthosis nigricans anzusehen sei.

Dr. St. Mackenzie stellt eine 48jährige Frau mit **Verruca senilis** vor. An Brust und Rücken, am Abdomen und in der Achselhöhle sieht man zahlreiche, verschieden grofse, auch in der Farbe sehr differierende, teils vollkommen glatt, teils rauh sich anfühlende, flache warzige Erhabenheiten, die wegen ihrer Ausdehnung eine Melanosis vortäuschen. — Alle anwesenden Mitglieder stimmen in der Diagnose Verruca senilis überein.

Dr. St. Mackenzie demonstriert ein 15jähriges Mädchen mit **Erythema induratum** (Bazins Krankheit). Der Ausschlag, der vor zwei Jahren am linken Bein begann, besteht gegenwärtig aus roten, indurierten Plaques mit nekrotischen Zentren und einem peripheren, roten Hofe. Die Basis auf den Plaques ist induriert. Wenn sie älter werden, nehmen sie an Härte ab und verschwinden schliefslich mit Hinterlassung von vertieften Narben. Das Allgemeinbefinden ist gut. Phthisische Belastung liegt nicht vor.

Dr. M. Morris zeigt eine junge **Frau mit ganz kleinen, pustulösen, akneiformen Skrophuliden** an den oberen und unteren Extremitäten. Der Ausschlag besteht aus eigentümlich dunkel erythematösen Papeln und kleinen Knoten, die nach einiger Zeit im Zentrum nekrotisieren und mit Narbenbildung abheilen. Die Patientin ist sonst völlig gesund.

Die Diskussion dreht sich um die Hypothese der Beziehung solcher Fälle, wie die beiden zuletzt vorgestellten, zur Tuberkulose. — Dr. Pringle ist geneigt, einen Zusammenhang zwischen diesen pustulösen „Skrophuliden“ und dem Erythema indu-

ratum einerseits und der Tuberkulose andererseits auf Grund eigener Erfahrung anzunehmen. In manchen Fällen entwickelten sich untrügliche tuberkulöse Anzeichen erst nach dem Auftreten jener beiden Zustände. — Dr. Fox hat niemals Erythema induratum zusammen mit wirklichen skrophulo-tuberkulösen Gummata auftreten sehen, wie dies bei Kindern der Fall ist.

Sitzung vom 10. Februar 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* März 1897.)

Dr. Crocker demonstriert einen **Fall zur Diagnose.** Der 17jährige Patient zeigt auf der rechten Seite des Sternums, entsprechend dem 3. und 4. Interkostalraume, eine dreieckige, gelblichbraune, schwach erhabene, teilweise diffus verdickte Stelle von einer Beschaffenheit, die man als Lichenifikation bezeichnet. Auf der nicht entzündlichen Oberfläche sieht man eine Gruppe von flachen, linsengrofsen Papeln um die Follikel herum gelagert. Einige der Efflorescenzen enthalten einen Komedo. Bei Besichtigung durch eine Lupe erweisen sich die Papeln gerunzelt nach Art einer flachen Warze. Aufser dieser grofsen befinden sich zwei kleine, ähnlich beschaffene Stellen, von denen die eine nur den Charakter der Lichenifikation mit Pigmentatien, die andere den follikulärer Papeln zeigt. Die Affektion, welche seit dem sechsten Lebensjahre des Patienten besteht, verursacht keinerlei Empfindung.

Dr. C. Fox sieht den Fall als einen Naevus papillaris unilateralis an, während Dr. Galloway Neuro-Fibromata auf einer kongenital krankhaft entwickelten Haut annimmt. Die mikroskopische Untersuchung müfste die Diagnose sichern.

Dr. C. Fox demonstriert einen **Fall von Erythema induratum** (Bazin) bei einem 21jährigen Mädchen. An den Dorsalflächen der ziemlich geschwollenen Hände und Füfse sieht man violettfarbene, kleine Knötchen, die an Frostbeulen erinnern. Die Affektion verursacht jedoch weder Brennen noch Jucken, die Patientin klagt nur über dumpfen Schmerz in den Beinen. In dem vorstehenden Falle ist die Natur der Knötchen zweifelhaft. Er illustriert die Ansicht, dafs die Efflorescenzen des Erythema induratum mehr zu Frostbeulen als zu skrophulo-tuberkulösen Knoten in Beziehung stehen.

Dr. Perry demonstriert ein 11jähriges Mädchen mit einer geröteten und rauhen Haut. Unterhalb des Knies befindet sich eine mit kleinen weifsen Schuppen bedeckte, an Psoriasis erinnernde Stelle. Seit 18 Monaten besteht längs der Mitte des Rückens ein Ausschlag, der durch weifse oder rötliche, scharf zugespitzte Knötchen charakterisiert ist, von denen viele zentrale spitze Pfropfen besitzen, wie sie dem Lichen spinulosus oder Lichen pilaris eigen sind. Die Diagnose schwankt zwischen **kongenitaler Xerodermia** mit Keratosis pilaris und squamöser Dermatitis der Fufssohlen und Handteller oder einem milden Falle von **Pityriasis rubra pilaris.**

Dr. Pringle demonstriert einen **Fall von Lichen planus,** der folgende Eigentümlichkeiten aufweist: 1. Der Ausschlag ist durchaus nicht von Jucken begleitet; 2. an einigen Stellen, besonders am Stamme, sind kleine Warzen gewachsen; 3. hier und da ist die Anordnung der Läsionen auffallend halbmondförmig; 4. eine Stelle zeigt die Charaktere des Lichen pilaris. — Einige der anwesenden Mitglieder bezweifeln, ob es sich um Lichen planus handelte.

Dr. Pringle stellt ferner einen 12jährigen Knaben mit **multiformen Manifestationen von Hauttuberkulose** vor. Im Alter von 4 Jahren entwickelte sich auf dem Rücken des linken Daumens eine „Warze", die abgekratzt wurde. Um die Narbe breitete sich die Krankheit aus. Sie bietet jetzt das Aussehen einer Verruca necrogenica. Im Alter von 5 Jahren entstanden zahlreiche vergröfserte

Drüsen am Halse mit einer ausgedehnten Stelle von Skrophuloderma und umgebenden Lupusknötchen. Am linken Gesäfs war eine lupöse Stelle, die verrukösen Charakter hatte. Auf dem Rücken waren bei der ersten Inspektion zahlreiche sehr kleine pustulöse Skrophulide vorhanden.

C. Berliner-Aachen.

Londoner pathologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1896.

(*The British Medical Journal.* 7. November 1896.)

Über Kryptorchismus spricht Dr. Lockwood. Histologisch zeigt ein retinierter Testikel normale Tubuli, aber keine Spermatozoen. Nach der Ansicht des Redners sind die im Leistenkanal retinierten Hoden funktionslos.

Dr. Spencer hat vier Fälle von im Leistenkanal retinierten und später operierten Testes beobachtet. Die Epididymis war klein und schien keinen Zusammenhang mit dem Hodenkörper zu haben. Die Retention war wahrscheinlich die Folge des mangelhaft entwickelten Organs. Vortragender beobachtete, dafs bei Tieren wie bei Menschen solch retinierte Testikel den Sitz für ein Sarkom abgeben oder Darmverschlufs infolge von Adhäsionen verursachen können. — Dr. Barker berichtet über einen Soldaten, der in jeder Beziehung gut entwickelt war, bei welchem jedoch die Testes sehr klein waren und im Leistenkanal lagen. Derselbe war Familienvater und bewies auch auf andere Weise seine zweifellos männliche Kraft.

Herr Hutchinson jun. beschreibt 1. einen **Fall von Ulcus rodens am Vorderarm** bei einer 45jährigen Frau und weist auf die aufserordentlich seltene Lokalisation der Krankheit hin. In den mikroskopischen Präparaten finden sich keine Zellnester. Das Rete Malpighii setzte sich in das Epithel des krankhaften Gewächses fort. Die Schweifs- und Talgdrüsen zeigten sich intakt. Die Affektion bestand seit zwei Jahren. Benachbarte Drüsen waren noch nicht befallen; 2. einen **Fall von Adeno-Chondrom der Submaxillardrüse.** Die Geschwulstbildung ist nach der Ansicht des Vortragenden in ihrem Verlaufe ganz unschuldig, weshalb er die Bezeichnung „polymorphes Epitheliom", welche Malherbe für die Affektion vorgeschlagen hat, nicht gerechtfertigt findet.

Dr. Rolleston spricht über **Tuberkulose der Schilddrüse** bei einer 23jährigen Frau. Die Miliartuberkulose der Schilddrüse ist nicht so sehr selten, als es den Anschein hat.

C. Berliner-Aachen.

Harveian Society of London.

(*The British Medical Journal.* 21. November 1896.)

Dr. A. Eddowes beschreibt einen **Fall von Sommerprurigo** bei einem Mädchen, dessen Hände, Handgelenke, Hals, untere Partien des Gesichts — also Teile, die dem Sonnenlicht exponiert sind — ergriffen waren. Die Krankheit verschwindet bei Eintritt der kalten Jahreszeit, um im Frühling wieder auszubrechen und den Sommer hindurch anzuhalten.

Dr. W. Hill zeigt einen **Fall von Lupus der Uvula** und des weichen Gaumens.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 39, Heft 3. 1897.

I. **Zur Frage von der blennorrhoischen Allgemeininfektion,** von G. Ahman-Stockholm. Angesichts der Thatsache, dafs Gonokokken sich zuweilen in den Exsudaten der blennorrhoischen Arthritiden etc. nachweisen lassen, kann man sich schwer des Gedankens erwehren, dafs es sich hier um eine allgemeine Gonokokkeninfektion der ganzen Blutmasse handelt, die sich durch lokale Symptome manifestiert. Zur Stütze dieser Ansicht beschreibt Verfasser im folgenden die Krankengeschichten zweier Fälle, von denen der erste im Verlaufe eines Trippers mit Fieber, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen und Empfindlichkeit im rechten Schultergelenk, im rechten Carpus und in den proximalen Interphalangealgelenken des rechten Zeige- und Mittelfingers, ferner Schmerzen im Rücken, Eiweifs im Urin erkrankte. Drei Tage später zeigte sich Erguſs in der Scheide der Sehne des linken Musculus tibialis anticus. Bei Punktion mit steriler Spritze wurde ein schleimigeiteriges Exsudat zu Tage gefördert, in welchem mikroskopisch typische Gonokokken nachgewiesen wurden. Kulturen auf Ascitesagar nach Kiefers Methode angelegt, ergaben in 24 Stunden typische Gonokokkenkolonien. Die Temperatur des Patienten war an dem Tage der Punktion subfebril. Die Untersuchungen des Blutes auf Gonokokken ergaben anfangs negative, später bei einem neuen Fieberanfall, begleitet von heftigen Schmerzen und Schwellung im Metacarpophalangealgelenk des rechten Mittelfingers, völlig positive Resultate. Das Verfahren der Reinzüchtung der Gonokokken aus dem Blute des Patienten war folgendes: „In eine Vene in der Falte des rechten Ellenbogens, die durch eine um den Oberarm gelegte, fest angezogene Binde zum Anschwellen gebracht worden war, wurde nach sorgfältiger Desinfizierung der Haut in gewöhnlicher chirurgischer Weise die Spitze einer sterilisierten Pravazschen Spritze eingestochen und 1 g Blut abgezapft. Von diesem Blute wurde der gröfste Teil unter aseptischen Kautelen in ziemlich dicken Lagen auf vier Platten Ascitesagar in Petrischen Schalen gegossen. Von einigen noch übrigen Tropfen Blut wurden Deckglaspräparate gemacht und gefärbt, die jedoch ein negatives Resultat ergaben. Die vier Platten zeigten nach zwei Tagen bei einer Temperatur von 36° C. im Thermostaten 30 Kolonien, die Gonokokkenkolonien sehr ähnlich waren. Von diesen wurde eine Aussaat auf Ascitesagar gemacht, worauf schon nach einem Tage jetzt leicht erkennbare Gonokokkenkolonien erhalten wurden.“ Inokulationsversuche, die an einem jungen Manne vorgenommen wurden, hatten ein positives Resultat. Dieser zweite Fall von im Blute zirkulierenden Gonokokken wird ausführlich beschrieben. Die Untersuchungen des Verfassers haben zur Evidenz bewiesen, „dafs die Gonokokken in das Bindegewebe eindringen und kapilläre Thrombophlebitiden hervorzurufen vermögen, von welchen sie leicht in die Blutzirkulation hineinkommen können, um in den entferntesten Teilen des Körpers neue inflammatorische Prozesse hervorzurufen. Durch den Nachweis der Gonokokken im zirkulierenden Blute ist in unserer Kenntnis der Pathogenese der blennorrhoischen Komplikationen eine wesentliche Lücke ausgefüllt worden; wir sind jetzt vollkommen berechtigt, von einer allgemeinen Gonokokkeninfektion zu sprechen.“

II. **Über Porokeratosis,** von Max Joseph-Berlin. Der Verfasser beschreibt folgende zwei Fälle der seltenen Hautaffektion: Fall 1 betrifft einen 14jährigen

Knaben, der am rechten Zeigefinger und zwar an der Dorsalfläche der ersten Phalanx vom Metacarpophalangealgelenke an bis zur zweiten Phalanx etwa 15—20 kleine stecknadelkopfgroſse, schwach erhabene, schwarze Pünktchen zeigt. Kratzt man diese kleinen Erhöhungen ab, so sieht man eine Vertiefung, welche in einen Schweiſsdrüsenausführungsgang zu münden scheint. Auſser den isolierten Effloreseenzen besteht in der Mitte der Dorsalfläche der ersten Phalanx eine gröſsere erkrankte Fläche mit einem peripheren, ausgezackten, hornartigen Wall und einem glatten, fast normal aussehenden Zentrum, auf dem hier und da ganz vereinzelt kleine spitze, harte Erhabenheiten zu sehen sind. Die Erhabenheiten aus denen sich der Wall zusammensetzt, entsprechen im wesentlichen den keratotischen Stellen an den Schweiſsdrüsenausführungsgängen. Um den Plaque herum befindet sich eine gröſsere Anzahl ähnlicher kleiner, keratotischer Stellen. An der zweiten und dritten Phalanx des Mittelfingers sieht man nur sehr wenige solcher keratotischer, schwarz gefärbter Punkte. Die Beschreibung der Affektion entspricht sowohl im ersten wie im zweiten vom Verfasser publizierten Falle wesentlich dem Bilde, welches Mibelli und Respighi von der Porokeratosis gegeben haben. Nur hat man es in den beiden vom Verfasser beschriebenen Fällen mit Frühformen dieser Krankheit zu thun. Die mikroskopische Untersuchung ergab in beiden Fällen vollkommen identische Befunde. Es bestand eine auſserordentliche Zunahme des Rete Malpighii, das sich hoch hinauf erstreckte und hier bis weit in die hyperkeratotischen Partien hinein durch seinen Zellcharakter erkenntlich war. Diese Hyperkeratose hatte noch zu einer Erweiterung der Interpapillarzapfen geführt, während die dazwischen befindlichen Papillen etwas verschmälert und von einem dichten Zellinfiltrat ausgefüllt waren. Dieses bestand aus zahlreichen mononukleären Leukocyten und Spindelzellen und sehr spärlichen Mastzellen. Letztere fanden sich in groſser Menge in der Tiefe des Coriums und zwischen den Schweiſsdrüsenglomeruli. Was die hyperkeratotischen Stellen betrifft, so gehen von den Schweiſsdrüsenausführungsgängen Hornkegel aus, die nicht nur in den Ausführungsgang eingekeilt sind, sondern auch über die Oberfläche hervorragen. Zu beiden Seiten solcher hyperkeratotischer Schweiſsdrüsenausführungsgänge sieht man warzenförmige Erhabenheiten sich bilden, die sich allmählich excentrisch weiter ausbreiten und von den kleinsten Anfängen nach und nach groſse Dimensionen annehmen. Abgesehen von kleinen Differenzen entspricht auch das histologische Bild in beiden Fällen des Verfassers der von Mibelli und Respighi herrührenden Schilderung des Krankheitsprozesses. Zweifellos besteht eine Ähnlichkeit der Porokeratosis mit gewöhnlichen Warzen. Verfasser weist jedoch an der Hand seiner Befunde und derjenigen anderer Autoren, insbesondere Mibellis, nach, daſs bei Porokeratosis an der Eigenartigkeit des klinischen Prozesses nicht zu zweifeln sei, wenngleich über den ursächlichen Vorgang der Hyperkeratose und die Beteiligung der Schweiſsdrüsen die Ansichten noch auseinandergehen.

III. **Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi) an der Scrotalhaut,** von N. Ostermayer-Budapest. Der 31jährige Patient leidet seit ca. 6 Jahren an Geschwulstbildungen am Hodensack, welche ihm keinerlei Beschwerden bisher bereitet haben. Die Scrotalhaut war früher stets gesund. Venerisch ist der Patient nie gewesen. Gegenwärtig sieht man die ganze Scrotalhaut von zahlreichen, dicht wie die Beeren einer Traube angeordneten, von haselnuſs- bis stecknadelkopfgroſsen, kugeligen, weiſslichgelben, fettartig durchschimmernden, derb elastischen Geschwülsten vorgebuchtet. Die Haut über den Geschwülsten war bis aufs äuſserste verdünnt, gespannt und so durchsichtig, daſs die gelbe Farbe des Inhalts der cystösen Neubildungen stark hervorstach. Die gröſsten Geschwülste saſsen an der Vorder- und Unterseite in parallelen Linien zu beiden

Seiten der Raphe angeordnet. In Chloroformnarkose wurden die gröfseren Knoten excidiert, die kleineren mit dem Paquelin zerstört. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Tumoren ergab vollkommene Identität derselben mit gewöhnlichen Atheromcysten, sowohl bezüglich der Struktur des Balges und der Beschaffenheit des Inhaltes.

IV. **Über die Behandlung des Lupus vulgaris mit besonderer Berücksichtigung der Thierschschen Transplantationsmethode,** von J. Fabry-Dortmund. Die vorliegende Arbeit bildet eine Fortsetzung des in der Festschrift des Arnsberger Vereins veröffentlichten Aufsatzes über die tuberkulösen Erkrankungen der Haut, in welchem die Behandlung nur kurz gestreift wurde. Bevor der Verfasser zum eigentlichen Thema, der Behandlung des Lupus übergeht, wirft er einen Rückblick auf die ältere einschlägige Litteratur, bespricht kurz die pathologische Anatomie und beleuchtet dieselbe vom makroskopischen und mikroskopischen Standpunkte. Nach den in vivo bei der Operation gewonnenen Befunden unterscheidet Verfasser makroskopisch oder klinisch einen centripetalen und einen centrifugalen Lupus. Angenommen es wäre aus unbekannten Gründen oder vielleicht durch Impfung an der äufseren Haut ein aus ganz wenigen winzigen Knötchen zusammengesetzter Lupus entstanden, so könnte lange Zeit scheinbar derselbe Status andauern, bis auf einmal, zuweilen nach Jahren erst, geschwüriger Zerfall und Tiefergreifen des Prozesses eintritt, dieser tuberkulöse Primäraffekt an In- und Extensität zunimmt, die benachbarten Drüsen infiziert werden, endlich auch das widerstandsfähigere Bindegewebe, die Knorpel- und die Knochensubstanz ergriffen werden. Das ist das Bild eines centripetalen Lupus. Wären die primären Knötchen sofort excidiert worden, so hätte man die Krankheit im Keime erstickt. Als Beispiel eines centrifugalen Lupus beschreibt Verfasser folgenden Fall aus seiner Praxis. Eine Patientin stellt sich mit einem haselnufsgrofsen, fluktuierenden Knoten links am Kinn vor. Der kleine Abscefs wird entleert; erst nach Monaten läfst sich die Patientin wieder sehen. Dieses Mal hat sich um das primäre Skrophuloderma ein Lupus disseminatus entwickelt, versprenkelte Knötchen zeigen sich bereits an der Nasenspitze. Anstatt sich einer gründlichen Operation zu unterziehen, verschwindet die nachlässige, messerscheue Patientin auf weitere Monate und kehrt dann mit einem ausgedehnten Lupus der Gesichtshaut wieder, der mit Excision und Transplantation wiederholt operiert wurde und schliefslich noch ein befriedigendes Heilresultat ergab. — Im folgenden beschreibt Verfasser sehr ausführlich die Krankengeschichte eines Falles, bei welchem sich aus einem primären tuberkulösen Knochenleiden ein Lupus der Haut entwickelt hat. Der Fall wurde erst als geheilt angesehen, nachdem aufser dem Lupus auch die chirurgische Grundursache ohne Recidiv beseitigt war. Seine von der Kritik nicht überall anerkannte Ansicht, dafs im Anschlufs an Skrophuloderma und tuberkulöse Knochen- und Gelenkentzündungen nicht so sehr selten ein Lupus sich entwickeln könne, hält Verfasser auch jetzt noch aufrecht. — Im folgenden werden die verschiedenen in der Litteratur empfohlenen Methoden der Lupusbehandlung vom Verfasser einer kritischen, sehr instruktiven Besprechung unterwerfen. Was unter anderem Unnas Salicylkreosotpflasterbehandlung betrifft, so glaubt er, dafs das Mittel wie kaum eins im stande ist, oberflächliche Lupusulcerationen zum Abheilen zu bringen und dabei schöne glatte Narben zu erzielen, dafs demselben aber, wie durch Beispiele erhärtet wird, eine ausreichende Tiefenwirkung abgeht. Nach allem, was der Verfasser aus seiner Praxis erfahren, hält er eine gründliche chirurgische Behandlung des Lupus für die am meisten Erfolg versprechende, besonders wenn die Diagnose frühzeitig gestellt wird und die Behandlung rechtzeitig und energisch einsetzt. Man müsse beim Lupus nach denselben Grundsätzen verfahren wie beim Epitheliom und beim Carcinom der Haut und nicht

den schönsten und günstigsten Zeitpunkt für die Operation, vielleicht noch eine einfache Excision mit der Anwendung von Pflastern, Ätzmitteln etc. verstreichen lassen. Hat man es mit sehr ausgedehntem Lupus zu thun, so sind zwei Bedingungen zu erfüllen: 1. Entfernung alles lupös oder tuberkulös erkrankten Gewebes der Haut und Subcutis und eventuell auch des darunter befindlichen Knorpels oder Knochens. 2. Erzielung einer möglichst schnellen und guten Vernarbung und möglichst geringer Entstellung. Unter diesen Gesichtspunkten bespricht der Verfasser im folgenden an der Hand von ausführlichen Krankengeschichten die Methode der Thiersch-schen Transplantation nach vorhergegangener Excision. Wir verweisen im einzelnen auf die an praktischen, beherzigenswerten, therapeutischen Rathschlägen reiche Originalabhandlung des Verfassers.

V. **Zur Frage von der Injektionstechnik bei der Behandlung von Syphilis,** von M. Möller-Stockholm. Um zu untersuchen, ob und in welchem Maße bei intramuskulären Injektionen die Spritzenspitze in eine gefährliche Nähe von größeren Gefäßen kommen kann, wurden in Prof. Lindströms anatomischem Institut an drei männlichen Leichen mit mäßiger Muskulatur Injektionen ausgeführt. Es wurden im Anschluß an die in der Injektionstherapie gebräuchlicheren Prädilektionsstellen folgende für die Injektionen leicht bestimmbare Punkte gewählt: 1. im obersten Teile des M. glutaeus maximus, ungefähr 3—5 cm von der Crista ossis ilei; 2. ungefähr 2 cm hinter und 1 cm oberhalb der hinteren oberen Spitze des Trochanter major; 3. in dem Mittelpunkte zwischen der Spina ilei posterior superior und der unteren Fläche des Tuber ischii, 6 cm von der Medianlinie. Die Kanüle der Injektionsspritze war 3,5 cm lang. Zur Injektion wurde eine Paraffinsuspension von essigsaurem Thymolquecksilber verwandt, die sich durch ihre weiße Farbe von den umgebenden Teilen gut unterscheidet. An den zwei letzteren erwähnten Punkten wurde die Injektion rechtwinklig zur Hautfläche 3—3,5 cm tief in die Muskulatur gemacht. Die Schlüsse, welche Verfasser aus seinen Untersuchungen zieht, sind folgende: 1. Die größte Gefahr vor einer Veneninjektion und Lungenembolien ist bei tiefer Injektion an einem Punkte mitten zwischen der Spina ilei posterior superior und dem Tuber ischii, ungefähr 6 cm von der Medianlinie. Diese Gefahr besteht noch, aber in geringerem Grade, von diesem Punkt aus lateral nach dem Trochanter major und vertikal nach dem Tuber ischii hin. — 2. Weit weniger Gefahr in angedeuteter Beziehung bietet die obere Glutealgegend, oberhalb der Horizontallinie, welche die obere Spitze des Trochanter major tangiert. — 3. Wenn man die Injektion weniger tief verlegt, supramuskulär oder in den oberflächlicheren Teil des M. glutaeus maximus, so entgeht man der Gefahr der Lungenembolien. — Die vorstehenden Schlüsse können als Ergänzung derjenigen angesehen werden, welche Verfasser aus seinen früheren im *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 37, Heft 3, pag. 395, mitgeteilten Untersuchungen gezogen hat. (Vergl. das Referat in *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 24, S. 317.)

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band IV. Heft 3. 1897.

I. **Einige epitheliale Gebilde in neuer Auffassung. Beiträge zur Pigmentfrage,** von E. Kromayer-Halle. Der Inhalt der vorliegenden, sehr umfangreichen Arbeit erfährt seitens des Verfassers folgende Einteilung:

I. Kolloide Degeneration, Langerhanssche Zellen, Chromatophoren der Epidermis. 1. Histologische Vorbemerkungen. Epitheliale Netzzellen und faseriges Netzgewebe. 2. Kolloide Degeneration. 3. Langerhanssche Zellen. 4. Chro-

matophoren der Epidermis: a. der Säugetierhaut, b. der Froschhaut. 5. Abwehr und kritische Bemerkungen.

II. 1. Entstehung der Chromatophoren und des Pigments in der Epidermis: a. der Säugetiere, b. des Frosches. 2. Bewegungserscheinungen der Chromatophoren und des Pigments. 3. Versuch einer mechanischen Erklärung der Chromatophoren. 4. Was sind die Chromatophoren?

Das Stratum spinosum der Epidermis der Menschenhaut besteht nicht lediglich aus vielen annähernd gleich grofsen kugeligen und polyedrischen Epithelien, sondern zeigt auch sternförmige Zellen, die sich durch lange und starke Protoplasmafasern auszeichnen und sich bei Färbung der Protoplasmafaserung gut nachweisen lassen. Ihre Gestalt entsteht dadurch, dafs eine Epithelzelle nach mehreren Seiten hin durch lange Faserzüge mit entfernter liegenden Zellen verbunden wird. Über die Bedeutung dieser Sternzellen vermag Verfasser nichts Bestimmtes zu sagen. — In der Epidermis des Frosches unterscheidet Verfasser zwei Zellarten, von denen eine aus verzweigten, zum Teil sternförmigen Zellen besteht und das stärker gefärbte Netzwerk bildet — sie heifsen epitheliale Zellen —, während die andere Zellart wie ein Parenchym zwischen dieses Netzwerk hineingelagert ist. Verfasser nennt sie Hauptzellen. Aufser den beiden Zellarten kann man in der Froschepidermis noch zwei Gewebe unterscheiden: 1. das fasertragende netzartig angeordnete Protoplasma, das durch diese seine Anordnung und Beschaffenheit wohl der Festigkeit und dem inneren Zusammenhange der Epidermis dient („faseriges Netzgewebe") und 2. das in dieses gewissermafsen als Parenchym eingelagerte „faserlose Protoplasma". Netz- und Hauptzellen decken sich nicht mit „faserigem Netzgewebe" und „faserlosem Protoplasma". — In der Epidermis des Menschen und der Säugetiere hat eine derartige Differenzierung zwischen fasertragendem und faserlosem Protoplasma nicht statt. Hier ist das Protoplasma sämtlicher Epithelzellen von Protoplasmafasern ziemlich gleichmäfsig durchzogen. — Die kolloide Degeneration der Epidermis will Verfasser nur insoweit betrachten, als sie auf die eigentümliche Gestalt der Langerhansschen Zellen und Chromatophoren einen Einfluſs ausübt. Die Veränderungen bei der kolloiden Degeneration betreffen wesentlich die Protoplasmafasern der Epithelzellen, die an einzelnen Stellen dicker werden, aufzuquellen scheinen und sich mit dem umgebenden Protoplasma und benachbarten Fasern zu homogenen Strängen verbinden. Das Eigentümliche dieser Erkrankung liegt darin, dafs sie sich nicht auf die einzelne Epithelzelle erstreckt, sondern an die einzelnen Faserzüge des Protoplasmas hält und mit diesen von Zelle zu Zelle weiterschreitet, ohne die Zelle in toto zu ergreifen. Dadurch entstehen längliche unregelmäfsig geformte, zum Teil verzweigte Stränge und Balken, welche die Epidermis entsprechend dem Faserverlauf nach verschiedenen Richtungen durchziehen. — Was die Langerhansschen Zellen betrifft, so sind dieselben nach der Ansicht des Verfassers Kunstprodukte, die wir unter gewissen Umständen durch Reduktion von Metallsalzen in der Epidermis erhalten können. Auf andere Weise lassen sie sich nicht nachweisen. Sie sind, wie Verfasser zeigt, nur Reduktionsfiguren, die in ihrem Verlaufe streng der besonders kräftig entwickelten Protoplasmafaserung der Netzzellen folgen. Die Langerhansschen Reduktionsfiguren — nicht Zellen — sind in histologischer Beziehung und in ihrem Verhältnisse zu den Epithelien ein Analogon des retikulären, fasertragenden Gewebes der Froschepidermis. — Im folgenden beschäftigt sich Verfasser mit der Pigmentfrage. Zwei Thatsachen stehen fest: 1. dafs bei Beginn zahlreicher Pigmentationen der Oberhaut das Pigment oder die Pigmentkörner in feinen Linien angeordnet sind die in den Epithelien entsprechend dem Verlaufe der Protoplasmafasern liegen, 2. dafs überall, wo diese Pigmentlinien auftreten, die Protoplasmafasern, in dere

Verlauf sie liegen, verschwinden, jedenfalls nicht mehr durch die übliche Farbenmethode nachweisbar sind. Verfasser hatte früher daraus den Schluſs gezogen, daſs das Pigment ein Zerfallsprodukt der Protoplasmafaser sei. Von dieser Ansicht ist Verfasser zurückgekommen. Er nimmt jetzt an, daſs die Faser erhalten bleibt. — Bei den Chromatophoren der Säugetiere kann man in den meisten Fällen einen Zentralkörper mit deutlichem Kern und von ihm ausgehend zahlreiche Fortsätze unterscheiden, die sich verzweigen und gelegentlich unter einander und mit benachbarten Chromatophoren kommunizieren. Die Chromatophorenäste liegen nicht zwischen den Epithelzellen, sondern in ihnen, in dem Protoplasma derselben und sind Teile dieses Protoplasmas. Durch eine distinkte Färbung der Protoplasmafaserung läſst sich dies direkt beweisen, ebenso daſs die Chromatophorenäste der Epithelfaserung folgen. Auch hier zeigt sich ebenso wie bei der kolloiden Degeneration die Selbständigkeit der Protoplasmafasern. Im zweiten Abschnitte seiner Arbeit beschäftigt sich Verfasser mit der Entstehung der Chromatophoren des Pigments. Was die Epidermis der Säugetiere betrifft, so haben die Tierexperimente ergeben, daſs das Auftreten des Pigments und die Entwickelung der Chromatophoren genau dieselben sind, wie sie Karg in seinen Transplantationsversuchen beschreibt. Die Pigmentation tritt in Form von Körnchen auf, die anfangs hellere, später dunklere Farbe haben und aller Wahrscheinlichkeit nach aus dem Protoplasma der Epithelzellen und zwar aus den Protoplasmafäden, in welchen sie liegen, entstehen. Die Chromatophoren entstehen in den unteren Epithelschichten und verschwinden allmählich in den oberen, wobei die Pigmentkörner aus den Chromatophoren verschwinden, um im inneren Protoplasma der Epithelzellen zu erscheinen, in welcher Lage sie definitiv verharren. Daſs hierbei eine Pigmentbewegung stattfindet, ist klar. Verfasser nimmt auf Grund seiner Beobachtungen die Möglichkeit einer dreifachen Bewegung der Pigmentkörner an: 1. zentripetal zum Zentralkörper der Chromatophore in den Bahnen des Chromatophorengeästes; 2. zentrifugal im gleichen Sinne und 3. aus dem Chromatophorengeäst heraus in das Innere der Epithelzellen. Pigmentbewegungen direkt unter dem Mikroskop zu beobachten, ist dem Verfasser nie gelungen. Er hält dies auch für unmöglich, weil die Pigmentbewegung eine derartig langsame ist, daſs sie die untere Grenze der Geschwindigkeit, bei der überhaupt eine Bewegung mit dem Auge erst wahrgenommen werden kann, nicht erreicht. — Am Schlusse seiner Arbeit erörtert der Verfasser die Frage: Was sind die Chromatophoren der Epidermis? Zellen sind sie nicht; vielmehr haben sich Teile zahlreicher Epithelien zu einem einheitlichen Gebilde, zu einem Organismus vereinigt, der die Pigmentverteilung in der Epidermis reguliert und mit der Erfüllung dieser Aufgabe bei beginnender Verhornung in seine Komponenten aufgelöst wird. Ein Analogon hierzu bildet die Ganglienzelle mit der in ihr endigenden Nervenfaser.

II. **Über Quellsalzseifen und die Anwendung derselben bei Hautkrankheiten**, von L. Bardach-Kreuznach. Die Kreuznacher Soole enthält neben Chlornatrium und den Jod- und Bromverbindungen wesentliche Mengen Chlorcalcium; letzteres setzt sich bei Berührung mit einer Kali- oder Natronseife sofort zu unlöslichem und wahrscheinlich auch unwirksamem, fettsaurem Kalk um. Um die Wirkung des Chlorcalciums, welches in den Kreuznacher Soolen eine bedeutende Rolle spielt, genügend zur Entfaltung zu bringen, läſst Verfasser als Seifengrundlage eine aus reinsten Materialien hergestellte, neutrale Natronseife nehmen und zu dem noch flüssigen Seifenleim das vorher eingedampfte Soolwasser zusetzen und zwar zu je 100 Pfund der Seife eine aus 40 l Soolwasser erhaltene konzentrierte Salzlösung nebst sonstigen erforderlichen Zuthaten, hauptsächlich Jod- und Bromverbindungen. Durch Zugabe einer berechneten Menge Natronlauge wird der Seife die gewünschte,

schwach alkalische Reaktion erteilt. Die so bereiteten Seifen zeichnen sich durch ihren hohen Gehalt an Salzen, vor allem an Jod- und Bromverbindungen aus. Die Versuche, die Verfasser mit den Seifen angestellt hat, haben den Beweis geliefert, dafs nicht nur stark alkalische Kaliseife (Schmierseife), sondern auch schon neutrale und selbst überfettete Seifen eine mehr oder minder bakterienhemmende oder bakterientötende Kraft besitzen.

Folgende Präparate kamen vorwiegend zur Verwendung: 1. Die Kreuznacher Jod-Brom-Soda-Seife, No. I. 2. Die Kreuznacher Jod-Brom-Schwefelseife, No. II. 3. Die verstärkte Kreuznacher Jod-Brom-Sodaseife, No. III. 4. Die Kreuznacher Jod-Brom-Teerseife, No. IV.

Die Seife No. I empfiehlt sich in allen den Fällen, in welchen die keratolytische und fettauflösende Wirkung sich nur auf die oberste Hautschicht erstrecken soll, so besonders bei leichteren Formen von Akne und Rosacea, Ichthyosis simplex, intertriginösen Ekzemen der Kinder, Perniones etc. — Die schwefelhaltige Seife No. II leistet bei allen Mykosen der Haut und besonders da gute Dienste, wo mit der antimykotischen Wirkung auch ein reduzierender Einfluſs erzielt werden soll, so bei Seborrhoea, Prurigo, Akne und Rosacea, Lichen, Sykosis, Scabies, Pityriasis versicolor etc. — Die stärker alkalische Seife No. III hat eine intensivere keratolytische Wirkung und findet deshalb am zweckmäſsigsten Verwendung bei der Behandlung inveterierter Ekzeme, Psoriasis, Ichthyosis, wie überhaupt aller Keratosen. — Die Seife No. IV findet erfolgreiche Verwendung in Fällen von Pruritus und chronischen Ekzemen. Eine Anzahl von Krankengeschichten dient zur Illustration des Gesagten.

III. **Seltene Lokalisation von luetischem Primäraffekt der Nasenschleimhaut**, von Jacobi-Königsberg i. Pr. Nach einem kurzen Überblick über die einschlägige Litteratur beschreibt Verfasser folgenden Fall aus Dr. Gerbers Poliklinik: Der 30jährige, seit 1½ Jahren verheiratete Patient sucht die Poliklinik wegen Schmerzen und Verstopfung der rechten Nasenhöhle auf. Die Beschwerden bestehen seit ca. 6 Wochen. Die Untersuchung ergiebt: Äuſsere Nase rechts in der Gegend der Apertura pyriformis etwas gerötet, leicht ödematös, auf Druck schmerzhaft. Beim Emporheben der Nasenspitze sieht man aus der rechten Nasenhöhle schleimig-eiteriges Sekret herausfliefsen. Die linke ist frei. Das Naseninnere zeigt am Naseneingang normale Verhältnisse, die untere Muschel ist leicht injiziert, die mittlere Muschel ist diffus geschwollen und gerötet. Die Schleimhaut hat hier ein sulziges, rötliches Aussehen, Himbergelée nicht unähnlich, ist bei Berührung mit der Sonde sehr empfindlich, leicht blutend. Der mittlere Teil der Concha media ist ulceriert und mit schmierigem Belag bedeckt. Die mit der Sonde deutlich fühlbare Infiltration erstreckt sich von der Mitte der Concha media nach hinten, median bis an das Septum, nach unten bis auf die untere Muschel. — An anderen Stellen des Nasenrachenraumes sind keine Ulcerationen wahrzunehmen. Am Kieferwinkel und in der Submaxillargegend waren einige harte, schmerzlose Drüsen fühlbar. — Die Diagnose lautete auf Primäraffekt der Nase. An den Genitalien war nichts Spezifisches vorhanden. Dagegen bestand am ganzen Körper ein makulöses Exanthem, wodurch die Diagnose bestätigt wurde. — Die Nachforschung nach der Ätiologie dieser Infektion ergab nichts Positives. Einführung von Instrumenten ärztlicherseits hatte nicht stattgefunden. Verfasser hält die Infektion durch Schnupftabak für möglich.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1897. Heft 4—5.

Die Arsen-Dermatosen, von J. Méneau. In neuerer Zeit ist das Arsen bei der Behandlung von Dermatosen etwas in Mifskredit geraten. Man hatte es jahrelang bei den verschiedenartigsten Hautleiden kritiklos in Anwendung gezogen und hatte dabei nicht nur viele Mifserfolge zu beklagen, sondern auch die Erfahrung machen müssen, dafs es sehr oft neben allgemeinen Vergiftungserscheinungen vielgestaltige Hautkrankheiten bewirkte. Mit der Klassifikation der letzteren, der durch Arsen hervorgerufenen Dermatosen, befafst sich die vorliegende Arbeit. Für den Fleifs des Autors spricht schon die Thatsache, dafs der Abhandlung ein Litteraturverzeichnis von 124 Nummern beigefügt ist. — Der besseren Übersicht halber teilt der Verfasser die sehr reiche Kasuistik, zu der so ziemlich alle Kulturländer beigetragen haben, in drei Klassen, je nachdem es sich bei dem arsenigen Ausschlag um eine akute, eine subakute oder eine chronische Vergiftung handelte. Während die Zahl der Fälle und der Formen der beiden ersten Klassen eine verhältnismäfsig geringe bleibt, ist die chronische Vergiftung durch Arsen eine fast gewöhnliche Erscheinung und kommen hier alle möglichen Exantheme in abwechlungsreicher Mannigfaltigkeit vor. Von den einfachen, unschuldigen Hautverfärbungen an werden hier die verschiedenartigsten Formen der Bläschen-, Blasen- und Geschwürsbildung bis hinauf zur Entwickelung von bösartigen, carcinomatösen Papillomen beobachtet — alles Veränderungen, die neben der Haut auch mit Vorliebe die Nasen- und Mundschleimhaut befallen —, da es sich vielfach um Arbeiter handelt, die mit arsenhaltigen Stoffen zu hantieren haben. Durch dieses Mitergriffensein der Nasenschleimhaut wird aber häufig eine Auseinanderhaltung von Syphilis recht erschwert und Verfasser macht wertvolle Angaben zwecks Differentialdiagnose zwischen Arsenvergiftung und Syphilis. — Den Schlufs der Abhandlung bilden eigene Beobachtungen des Verfassers über den Einflufs arsenhaltiger Bäder und Brunnen auf die Haut. Nach den Bädern sah M. aufser den auch von anderen beschriebenen Flecken kleine rote bis linsengrofse Knötchen und Papeln. Hautveränderungen nach Brunnenkuren kommen im ganzen recht selten vor.

Eine ungewohnte Form von Sklerodermie en plaques, von Darier und Gaston. Eine 24jährige Frau aus gesunder Familie, die stark neuropathisch war, wies an ihrer linken Körperhälfte, im Gesicht, an der Schulter und am Arm, etwa zehn Herde auf, die im Durchschnitt die Gröfse eines Fünffrancsstücks besafsen. Sie waren innerhalb der letzten sieben Jahre entstanden, zuerst als kleine rötlichgelbe Flecken, die weder schmerzten, noch juckten oder brannten, aber auch nicht anästhetisch waren, allmählich wuchsen und sich verdickten und zur Zeit der Beobachtung gut abgegrenzte, sklerotische Hauttumoren darstellten, eine keloidartige Beschaffenheit und eine gelblichbraune bis rote Farbe hatten. Die Diagnose schwankte zwischen Lupus, Lepra, Syphilis und Mykosis fungoides, jedoch keine der daraufhin eingeschlagenen therapeutischen Mafsnahmen brachte einen Erfolg. Erst durch Biopsie und mikroskopische Untersuchung wurde festgestellt, dafs es sich um eine ungewohnte Form von Sklerodermie en plaques handele; denn die Epidermis, die Gefäfse, das elastische Gewebe, die Zellen waren sämtlich unverändert und es fand sich nur eine Neubildung abnormer Bindegewebsfasern in der Cutis und Subcutis. Die elektrolytische Behandlung, die daraufhin eingeleitet wurde, führte diesmal auch eine bedeutende Besserung herbei.

Über postlupöse Atresien, nebst Bemerkungen über deren Beseitigung, von H. Hallopeau, E. Weil und Le Dentu. Die Verfasser teilen ausführlich einen Fall mit, der schon früher in der Litteratur Erwähnung fand und eine jetzt 48jährige Frau betrifft, die seit ihrem elften Jahre an Gesichtslupus leidet. Die Nase ist bei

ihr bis auf einen kleinen Stummel ganz geschwunden und an Stelle der Nasenlöcher besteht nur eine warzige, stecknadelkopfgroſse Öffnung. Die Atmung erledigt sich durch den Mund, der aber auch nur durch ein starres, $1^1/_2$ cm breites und $^1/_2$ cm hohes Loch dargestellt wird. Essen und Trinken gelingt ganz gut, auch die Sprache ist wenig behindert, nur die Lippenlaute gelingen nicht recht. — Schon vor Jahren hat Le Dentu bei dieser Patientin die Mundplastik versucht, die ihm in einem anderen, sehr ähnlichen Falle geglückt war und deren Technik er uns genau beschreibt. Aber in diesem Falle stellten sich sehr bald wieder Rückfälle ein und die Operation war ohne jeden Erfolg.

Bemerkungen über die „Caratés", von Montaya y Flórez-Columbien. Mit Caraté oder Carateus wird eine Hautmykose bezeichnet, die im Innern von Columbien sehr häufig vorkommt und mit der Trichophytiasis nahe verwandt ist. Die Trichophytiasis capitis ist in Columbien unbekannt, sehr häufig dagegen eine Art Trichophytie der Haut, der Carateus eben, die sich in den verschiedensten Verfärbungen (rot, violett, blau, schwarz) äuſsert. Daneben kommt auch die europäische Form der Hauttrichophytie vor, aber nur in 5% aller Fälle. — Der Carateus ruber findet sich fast ausschlieſslich bei den Weiſsen, er entwickelt sich namentlich in den Städten und ist von unendlicher Dauer. Dabei bilden sich im Gesicht, im Nacken, an Händen und Füſsen groſse, rote, schuppige Plaques, an den Handflächen und Fuſssohlen entstehen schmerzhafte, leicht blutende Risse. — Der violettschwarze Carateus ist dagegen eine Krankheit der Neger, er macht weniger Beschwerden und greift das Allgemeinbefinden nicht an. — Der sogenannte Carateus albus besteht aus weiſsen, achromatischen Flecken und bedeutet die regressive Form irgend einer Carateusvarietät; der Pilz des Carateus hat hier das Pigment und auch die Fähigkeit des Rete des Malphi, neues Pigment zu bilden, zerstört. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1897. Heft 4—5.

Ichthyose und Alopecie, von G. Billard-Toulouse. Verfasser berichtet über einen Fall von Ichthyosis, bei dem es auch zu einem umschriebenen Haarschwund auf dem Kopfe kam. Bei dem jetzt 15jährigen Mädchen, das erblich nicht belastet scheint, zeigten sich mit 18 Monaten die ersten Symptome der Ichthyosis; die Krankheit begann im Gesicht und an den Ellbogen und breitete sich innerhalb 14 Tagen über den ganzen Körper aus. Gleichzeitig hiermit fingen auch die Haare an einer umschriebenen Stelle des Kopfes an auszugehen und innerhalb sech Monaten entwickelte sich auf dem Schädel eine kahle Stelle, die auch jetzt noch besteht, die Form eines Ovals besitzt und im kurzen Durchmesser 12 cm, im Längsdurchmesser 25 cm miſst. Verfasser, der den Ursprung dieser Alopecie erörtert, glaubt alle anderen Möglichkeiten ausschlieſsen zu können und hält eine Entwickelung der Alopecie auf ichthyotischer Grundlage für das Wahrscheinlichste.

Syphilis hereditaria. Verfall an Körper und Geist, von Georges Bogdan-Jassy. Die Patientin, deren Zustand hier beschrieben wird, soll ungefähr 22 Jahre alt sein. Sie war von jeher kränklich, es hat sich aber niemand um sie bekümmert, so daſs sie ganz verkommen ist. Mit 12 Jahren soll sie an Gesichtslupus gelitten haben. Jetzt gewährt sie folgendes Aussehen: Der Kopf entspricht so ziemlich ihrem Alter. Am Körper ist sie gänzlich abgemagert, der Thorax verkümmert und nach links gebogen, Vorderarm und Oberschenkel sind unverhältnismäſsig klein. Die Augenhöhlen sind mit derbem Narbengewebe überkleidet, die Augäpfel fehlen gänzlich. Anstatt der Nase besteht eine kleine Offnung, durch die man eine dünne Sonde 1 cm

weit hinaufschieben kann, und an Stelle des Mundes befindet sich ein kleines halbmondförmiges Loch, hinter dem einige Zähne bemerkbar sind. Die Geschlechtsorgane sind normal. Die geistigen Thätigkeiten sind gleich null. Patientin liegt tagelang unbeweglich auf dem Rücken und verrät nur durch ihr Atmen, dafs sie noch lebt. Sie läfst alles unter sich, hat aber nur geringe Ausscheidungen. Nach Nahrung zeigt sie kein Verlangen. Durch einen langen Schnabel werden ihr täglich einige Gramm Milch, später auch etwas Wein eingeflöfst. Sie fing an, sich zu erholen, wurde dann aber in ein Siechenhaus gebracht und starb daselbst.

Ein Fall von ungeheurer Hypertrophie der Nase, von Georges Bogdan-Jassy. Die Nase des 60jährigen Patienten war kolossal vergröfsert und schien aus lauter kleinen Geschwülsten zusammengesetzt. Auf Druck entleerte sich eine grofse Menge des Demodex folliculorum. Die Vergröfserung betraf nur die Weichteile. Katarrh bestand nicht; der Geruch war vorhanden. Wegen Verdachts auf Syphilis wurde eine spezifische Behandlung eingeleitet und für die Nase das Duhringsche Verfahren angewandt; jedoch mufste Patient das Krankenhaus vor seiner völligen Heilung verlassen.

Über die Anwendung des Europhen bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Henri Fournier. Nach einem tiefempfundenen Stofsseufzer über die Masse neuer arzneilicher Stoffe, die seit einiger Zeit auf den Markt geworfen werden, kommt F. auf das Europhen zu sprechen, dessen Vorzüge bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten auch er in einer gröfseren Reihe von Fällen kennen und schätzen gelernt hat. In seiner Fähigkeit, Jod abzuspalten, kommt es dem Jodoform am nächsten, unterscheidet sich von ihm aber sehr vorteilhaft durch seine fast völlige Geruchlosigkeit. Denn darin wird jeder dem Verfasser unbedingt zustimmen, dafs man das Jodoform wegen seines unangenehmen und verräterischen Geruches in der besseren Praxis nur ausnahmsweise wird verwenden können. Im übrigen bietet die Abhandlung, die sich vielfach gerade auf deutsche Forscher bezieht, den Lesern dieser Zeitschrift kaum etwas Neues.

Ein Fall von primärer und ausschliefslicher Psoriasis der Fingernägel, von Billard-Toulouse. Der Befund an den Nägeln des 14jährigen Knaben entsprach durchaus dem bekannten Bilde der Psoriasis der Nägel. Am übrigen Körper bestand keinerlei Dermatose, vor allem nichts, was an Psoriasis hätte erinnern können. In einem früheren, von Dubreuilh mitgeteilten Falle gesellte sich später zu einer Psoriasis der Nägel auch eine solche der Haut hinzu. Möglich, dafs das auch hier der Fall sein wird.

Zwei harte Schanker bei einem kleinen Mädchen, von Bogdan-Jassy. Das 7jährige Mädchen hatte infolge von Mifsbrauch je ein hartes Geschwür auf der rechten und linken grofsen Schamlippe. Es wurde sofort Quecksilber innerlich gegeben und das linke Ulcus mit der Schere entfernt. Aber die Wunde verwandelte sich wieder in einen Schanker und Roseola und Schleimhautplaques blieben auch nicht aus.

Türkheim-Hamburg.

besonders französischer Autoren (Ricord, Fournier, Mauriac u. a.) auf die Entwickelung der merkuriellen Stomatitis keinen Einfluſs. — VI. Die merkuriellen Geschwüre entwickeln sich an denjenigen Stellen der Mundschleimhaut, welche einen Druck seitens der Zähne erleiden, und zwar entstehen dieselben am Zahnfleisch in der zirkulären Rinne, an den Rändern und der Unterfläche der Zunge, an der Wangenschleimhaut; auſserdem beobachtet man die Entwickelung der Quecksilbergeschwüre sowohl während des Durchbruchs der unteren Weisheitszähne am Zahnfleisch, welches die Kaufläche dieser Zähne bedeckt, als auch nach vollendetem Durchbruch, wenn das Zahnfleisch hinter denselben eine Zäpfchenbildung (languette) aufweist resp. von denselben mehr oder weniger absteht. — VII. Die von Bockhart als „Anomalie der Wangen" bezeichnete Veränderung ist lediglich eine Druckerscheinung, welche in 63—75% der Fälle gefunden wird. Für die Entstehung der Wangengeschwüre ist dieselbe von keiner wesentlichen Bedeutung. — VIII. Die merkuriellen Wangengeschwüre entwickeln sich stets ober- oder unterhalb der Schleimhautleisten, also an denjenigen Stellen, welche dem stärksten Druck seitens der oberen und unteren Zahnreihe ausgesetzt sind. Die Beschreibung der Entwickelungsart dieser Geschwüre von Weglau-Bockhart entspricht demnach nicht den Thatsachen. — IX. Die merkurielle Gingivitis entwickelt sich am häufigsten entsprechend den Schneide- und Eckzähnen, und zwar des Unterkiefers. — X. Der Speichelfluſs, welcher bei der Quecksilberstomatitis beobachtet wird, ist reflektorisch von der Mundhöhle aus bedingt. Er geht der Stomatitis nicht voran. In annähernd einem Drittel aller Fälle bleibt er ganz aus. — XI. Entgegen der Ansicht Bockharts und anderer, sind der Speichel und das in demselben enthaltene Quecksilber von keiner wesentlichen Bedeutung für das Entstehen der Merkurialstomatitis. — XII. Eine Affektion der Speicheldrüsen, welche der Stomatitis vorangehen würde, ist nicht nachgewiesen. Eine sekundäre Entzündung derselben ist unter gewissen Umständen sehr wohl denkbar. — XIII. Die Merkurialgeschwüre der Mundhöhle sind das Resultat einer Nekrose der Schleimhaut, welche zu stande kommt: 1. durch die infolge der Quecksilberwirkung sich entwickelnde Nutritionsstörung der Gewebe und 2. durch den auf gewisse Schleimhautbezirke ausgeübten Druck seitens der Zähne (Druckgangrän, Decubitus). — XIV. An der groſsen Bedeutung der Bakterien für die Entstehung der merkuriellen Stomatitis und für den weiteren Verlauf der merkuriellen Geschwüre kann nach den klinischen Beobachtungen nicht mehr gezweifelt werden, obzwar wir über die Eigenschaft dieser Bakterien vorläufig noch nicht weiter orientiert sind. — XV. Vor Einleitung einer Quecksilberkur ist nach Möglichkeit den Anforderungen gerecht zu werden, welche der jeweilige Zustand der Mundhöhle der Patienten stellt, und es müssen letztere auf die groſse Bedeutung gewisser Maſsregeln aufmerksam gemacht werden, welche den bestehenden pathologischen Zustand (kariöse Zähne, Zahnsteinablagerung u. s. w.) beseitigen und dem schädlichen Einfluſs der Bakterien entgegen wirken sollen (sorgfältige Reinigung und Desinfektion der Mundhöhle).

Ergebnisse der experimentellen Studien:

I. Die Salivation als Folge der akuten Quecksilbervergiftung ist bei Katzen eine ziemlich häufige Erscheinung, die gewöhnlich sehr bald, oft schon einige Minuten nach der Vergiftung auftritt und folglich unabhängig von der Merkurialstomatitis beobachtet wird. Diese Salivation ist quantitativ unbedeutend und in vielen Fällen nur eine Begleiterscheinung des durch das Quecksilber hervorgerufenen Erbrechens. — II. Das Bestehen eines selbstständigen merkuriellen Ptyalismus im Sinne von Herings ist noch nicht erwiesen. — III. Der Speichel ist für die Entwickelung der merkuriellen Mundgeschwüre von keiner wesentlichen Bedeutung. — IV. Die Merkurialgeschwüre der Mundhöhle entwickeln sich beim Hunde stets an denjenigen

Stellen, welche einen Druck von seiten der Zähne erleiden. — V. Die Speicheldrüsen des Hundes spielen als Eliminationsorgane des Quecksilbers nur eine untergeordnete Rolle. — VI. Die Ausscheidung des Quecksilbers durch die Speicheldrüsen hört früher als diejenige durch die Nieren auf. — VII. Bei subcutaner Einführung in grofser Menge kann das Quecksilber bereits nach wenigen Minuten im Speichel des Hundes nachgewiesen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinische Beobachtungen über Beri-Beri, von F. Grimm. (S. Karger. Berlin 1897.) In diesem Buche legt Verfasser die Erfahrungen, die er über die Beri-Beri, auch Kakke genannt, in Japan gemacht hat, ausführlich nieder. Dasselbe zerfällt in einen allgemeinen Teil, in dem die verschiedenen Folgeerscheinungen des Leidens geschildert werden und einen speziellen, in dem dieselben zu Krankheitsbildern zusammengefafst werden. Verfasser weicht in seiner Auffassung der Beri-Beri erheblich von den anderen Autoren, wie Baelz, Scheube, Muisa etc. ab. Diese charakterisieren das Leiden als eine Infektionskrankheit in Gestalt einer Neuritis multiplex mit sekundärer Muskelatrophie und Herzstörungen, protrahiertem, „chronischem" Verlauf und zahlreichen Exacerbationen. Über die Körpertemperatur, die Bedeutung der Sensibilitätsstörungen, der Ödeme, über das Verhalten des Patellarsehnenreflexes herrscht keine Übereinstimmung. Der Verfasser bemüht sich nun darzulegen, dafs man die Beri-Beri simplex als Ausdruck einer einmaligen Infektion und die Beri-Beri accumulatum trennen müsse, welche entsteht durch eine Reihe wiederholter Infektionen, da die einmalige keine Immunität schafft. Das gewöhnlich geschilderte Krankheitsbild entspricht letztgenannter Form. Genauer auf die Erörterungen des Verfassers einzugehen, ist hier nicht der Ort. Wer sich für das Leiden interessiert, wird nicht umhin können, das Original zu studieren. An dieser Stelle möchte ich nur kurz die beim Beri-Beri vorkommenden Hautanomalien wiedergeben. Zunächst sind es Ödeme, die häufig vorkommen. Dieselben sind ziemlich hart und fest und folgen nicht dem Gesetze der Schwere, wie die Stauungsödeme, sondern ähneln mehr den trophoneurotischen. Lieblingssitz ist: Vorderseite des Unterschenkels, Fufsrücken, Gesicht; jedoch kann jede andere Stelle, ebenso wie die ganze Körperoberfläche ödematös werden. Die Ödeme können kurze oder lange Zeit bestehen. Ein Schwund des subcutanen Fettgewebes scheint ihnen häufig zu folgen; vielleicht ein Ausdruck einer trophischen Störung. Die Cutis wird trocken, spröde, glanzlos. Die Ödeme wurden in den ersten Tagen der frischen Erkrankung niemals vermifst. Nächst dem Ödem interessieren uns hier die Sensibilitätsstörungen der Haut, die als Parästhesien und Hypästhesien vorkommen, in der Regel symmetrisch angeordnet. Die Parästhesien sind ein hervorragendes Initialsymptom des Beri-Beri und kommen bei jeder Neuerkrankung wieder. Der Unterschenkel ist der Lieblingssitz derselben; daneben ist bemerkenswert die Lokalisation an Fingern und in der Mundgegend. Die Hypästhesien können im Beginne der Erkrankung fehlen. Die Wade ist vorzugsweise befallen, aber auch die übrige Körperoberfläche kann hypästhetisch sein. Die Hypästhesie auf eine Neuritis der sensibeln Bahnen zurückzuführen, ist Verfasser nicht geneigt. Das Buch ist inhaltreich; eine andere Disposition hätte die Lektüre desselben erleichtert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

A. Pospeloff, **Kurzes Lehrbuch der Hautkrankheiten** (russisch). (3. Aufl. 202 S. mit 14 Fig. Moskau 1896.) Dieses uns schon in dritter Auflage vorliegende Buch des verdienten Moskauer Dermatologen beweist zur Genüge, dafs es dem Zwecke, den sich der Verfasser gestellt hat, vollständig entspricht. Es ist bestimmt, den Studierenden der russischen medizinischen Fakultäten als ein „Vademecum" bei den Vorlesungen und in der Klinik zu dienen. Nimmt man nur diesen Mafsstab zur

Hand, so wird man seine Erwartungen weit übertroffen sehen, denn das Buch ist viel mehr als ein gewöhnliches Vademecum, es erhebt sich an vielen Stellen zu solcher Klarheit der kritischen Darstellung, die man in gewöhnlichen kurzen Lehrbüchern, namentlich in Rufsland, sonst nicht anzutreffen pflegt. Die Gestaltung des medizinischen Unterrichts liegt in Rufsland durchaus nicht so wie in Deutschland. Dort begnügte man sich noch bis vor kurzem mit der Übersetzung der berühmtesten medizinischen Werke aus dem Deutschen oder Französischen. Auch die einfachsten Kompendien, die für den Gebrauch der Studenten bestimmt waren, wurden den deutschen oder den französischen gangbarsten Lehrbüchern entnommen. Die Vorlesungen der Professoren selbst erblickten dagegen das Licht der Öffentlichkeit meistens nur in lithographierten Kollegienheften, die unter den Studenten verteilt wurden. Wenn es jetzt anders wird und die russischen Professoren sich immer mehr mit ihren Kompendien und Lehrbüchern an die Öffentlichkeit wagen, so ist es im Interesse der russischen, wie auch der gesamten Wissenschaft nur freudig zu begrüfsen. Denn dadurch wird der Austausch der Ideen, der Unterrichtsmethoden, der Auffassungen etc. auch aufserhalb des engen Rahmens der Kongresse oder der Spezialmonographien gefördert und es wird uns, den aufserhalb Rufslands stehenden, der Einblick in die Fortschritte der russischen medizinischen Wissenschaft dadurch möglich gemacht. Nun, das Buch Pospeloffs ist nach unserer Auffassung als ein grofser Fortschritt auf dem Gebiete der russischen dermatologischen Litteratur zu betrachten. Es steht durchaus auf der Höhe der modernen Dermatologie, ist reich an originellen Ideen und subjektiven Auffassungen, welche die gröfste Beachtung verdienen. Wenn es sich in der Ätiologie der Hautkrankheiten in einen gewissen Gegensatz zu den Forschungen der Neuzeit, welche der Infektion von aufsen den ersten Platz in der Entstehung der Hautkrankheiten anweisen, stellt und wenn es in vielen, sehr vielen Fällen das Nervensystem in ganz allgemeiner Weise für alles verantwortlich macht, so ist es eben eine solche subjektive Auffassung, die wir in Rufsland übrigens auch bei anderen hervorragenden Vertretern der Dermatologie (wie Polotebnoff z. B.) bemerken. Etwas dürftig und pessimistisch scheint uns der therapeutische Teil des Buches bearbeitet zu sein. Das Buch ist bei sehr niederem Preis (3 M.) sehr schön ausgestattet. Störend wirken nur die zahlreichen Druckfehler bei der Wiedergabe der ausländischen Autorennamen. *Sack-Heidelberg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Zwei Fälle von Pigmentsarkom der Haut, von Steiner. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 33.) Vortragender stellte zwei analoge Fälle dieser seltenen Erkrankung vor, die seit fünf Jahren bestehen. In beiden Fällen sind Füfse, Hände und Ohren Sitz der Erkrankung. Dieselbe besteht in blauen Knoten, welche auf Fingerdruck abblassen, unempfindlich sind; die Haut des Unterschenkels ist ödematös und fühlt sich brettartig, sklerotisch an. Die Geschwülste verkleinern sich auf Fingerdruck. Verfasser weist auf die verhältnismäfsige Gutartigkeit des Prozesses hin.

Die Erkrankung macht den Eindruck einer chronischen Infektionskrankheit und ist von malignen Neoplasmen scharf zu trennen. Mikroskopisch zeigen die Tumoren kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefäfse, einhergehend mit Gefäfsneubildung und Hämorrhagien. *F. Hahn-Bremen.*

Die Objekte und Grenzen der Krebsoperationen, von W. Cheyne. (*The Brit. med. Journ.* 22. Febr. 1896.) Der Verfasser behandelt eingehend die Pathologie, Symptomatologie und Therapie des Krebses des Mundes und Gaumens, der Zunge, des Pharynx und erhärtet das Gesagte durch eine Anzahl von Krankengeschichten diesbezüglicher Fälle aus seiner Praxis. *C. Berliner-Aachen.*

Krebsantitoxin, von G. B. Beale. (*The Brit. med. Journ.* 4. Juli 1896.) Eine 67jährige Patientin konsultierte den Verfasser wegen eines Tumors in der linken Brust, der zweifellos ein Scirrhus war und von einem Chirurgen zusammen mit den bereits affizierten Drüsen der linken Achselhöhle entfernt wurde. Die Patientin erholte sich. Nach acht Monaten kehrte sie zurück mit einem Gewächs in der rechten Brust. Dasselbe war hart, schmerzhaft und verursachte auch nach der Achselhöhle ausstrahlende Schmerzen. Einige Halsdrüsen der linken Seite waren geschwollen. Der Verfasser glaubte nicht, dafs es sich diesesmal um Carcinom handelte, und machte, ehe er sich zu einer Operation entschlofs, einen Versuch mit Coleys Toxinen von Erysipelstreptokokken und Bacillus prodigiosus. Die Patientin sah um diese Zeit kachektisch und abgemagert aus. Am 22. März wurden die Injektionen begonnen und jeden zweiten Tag bis zum 1. Mai fortgesetzt. Schon drei Wochen nach Beginn war die Besserung eine ganz auffallende. Sie machte weitere Fortschritte, so dafs die Patientin nach sechswöchentlicher Behandlung ganz gesund, kräftig und stark entlassen werden konnte. Der kleine Tumor in der Brust war verschwunden, die Drüsen am Halse waren geschrumpft und um ¼ ihrer früheren Gröfse kleiner geworden. Um sicher zu gehen, wurden diese Drüsen exstirpiert. Dieselben zeigten keinerlei Anzeichen von Carcinom.

Verfasser ist sicher, dafs das Antitoxin auf den Tumor, welcher Natur er auch immer gewesen sein mag, und auf das Allgemeinbefinden der Patientin einen zweifellos günstigen Effekt ausgeübt hat. *C. Berliner-Aachen.*

Erysipeltoxine bei Mammatumoren, von Haslam. (*The Brit. med. Journ.* 1. Febr. 1896.) Die 70jährige Patientin zeigte bei der Aufnahme im Juli in der rechten Brust einen seit 18 Monaten bestehenden harten Knoten, zu dem sich Vergröfserung der Achselhöhlendrüsen hinzugesellte. Der Tumor wies alle Charaktere eines Carcinoms auf. (Mikroskopische Untersuchung? Ref.) Die Patientin wurde mit Injektionen von Erysipelserum behandelt. Sie erhielt 14 Injektionen innerhalb sieben Wochen in wechselnden Dosen von 1—10 ccm. Abgesehen von einer schwachen lokalen Schwellung und Röte traten üble Nebenerscheinungen nicht auf. Als die Patientin Ende September das Hospital verliefs, war der Tumor deutlich kleiner geworden und am den 6. Dezember herum war er vollständig verschwunden.
C. Berliner-Aachen.

Über die hämolytische Wirkung der Krebstoxine; klinische und experimentelle Untersuchungen über das Blut und den Urin von Carcinomatösen, von A. Castelli. (*Rif. med.* 1896. No. 213, 14, 15.) Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, dafs 1. die Krebskranken in vorgeschrittenem kachektischen Stadium durch den Urin eine äufserst toxische Substanz ausscheiden, das Krebstoxin; dafs man 2) bei Tieren durch Injektion dieser Substanz das klinische Bild und die

anatomische Blutbeschaffenheit der Carcinomatösen erzeugen kann; daſs 3. dieses Toxin auf die hämopoëtischen Funktionen eine hämolytische oder hemmende Wirkung ausübt, die uns die Blutbeschaffenheit der Krebskranken erklärt.

C. Müller-Genf.

Der therapeutische Wert einer Mischung der Toxine des Streptococcus erysipelatis und Bacillus prodigiosus in der Behandlung inoperabler maligner Tumoren, von COLEY. (*The Americ. Journ. of Med. Sciences.* Sept. 1896.) Verfasser hat Versuche mit einer Mischung obiger Toxine angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Mischung übt einen spezifischen, antagonistischen Einfluſs auf maligne Tumoren aus; in einer Anzahl von Fällen wirkt sie heilsam. Dieser Einfluſs ist gering bei Carcinomen und Epitheliomen, deutlicher bei Sarkomen; von diesen zeigen die Spindelzellsarkome die gröſste Wirkung. Die Wirkung ist nicht nur rein lokal, sondern auch allgemein. Man soll die Toxine nur bei inoperablen Fällen anwenden, oder nach Operation zur Verhütung von Recidiven. Die giftigsten Kulturen geben die besten Resultate. *F. Hahn-Bremen.*

Chronischer Krebs der Brust von mehr als 30jähriger Dauer, von T. W. NUNN. (*The Brit. med. Journ.* 22. Febr. 1896.) Verfasser berichtet über eine 70jährige Patientin, bei der er vor 33 Jahren, Juni 1862, Scirrhuskrebs der rechten Brust und eine Anzahl vergröſserter Drüsen in der Achselhöhle konstatiert hatte. September 1862 wurde vom Verfasser die Brust amputiert. Im Jahre 1868 wurde die Patientin wieder untersucht. Es hatte sich bis dahin keine Verschlimmerung gezeigt. Zehn Jahre später, also im Jahre 1878, wurde ein sehr umschriebenes Recidiv am oberen Rande der alten Narbe festgestellt. Im Jahre 1895 lebte die Frau noch, war kräftig und arbeitete energisch. Der Tumor war nicht sehr merklich gröſser geworden. Die Patientin klagte zeitweilig über Schmerzen in den Armen. (Hat die mikroskopische Untersuchung früher und später die Diagnose bestätigt? Prof. THIERSCH pflegte zu sagen: „Krebs ist unheilbar; wenn er aber geheilt wird, dann war's keiner.“ Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Krebsartige Cysten der Brust, von CH. SYMONDS. (*The Brit. med. Journ.* 8. Febr. 1896.) Der Verfesser beschreibt drei Fälle. In dem ersten Falle zeigte die 28jährige Patientin eine kleine flache Masse, in welcher sich eine Cyste entwickelt hatte. Dieselbe wurde incidiert und lieferte etwas klare Flüssigkeit. Nach Entleerung der Cyste konnte man in der Umgebung eine deutliche Induration bemerken. Die Cyste recidivierte und wurde noch einmal punktiert. Jetzt war ein fester Tumor fühlbar, der sich nach operativer Entfernung mikroskopisch als Krebs erwies. Nach Verlauf eines Jahres trat ein Recidiv auf und nach weiteren zwölf Monaten starb die Patientin an Erschöpfung. Im Gehirn fanden sich ausgedehnte Gewächse, die bei Lebzeiten keine Lokalsymptome verursacht hatten. *C. Berliner-Aachen.*

Eine Cyste der Brust als Krebs diagnostiziert, von A. EDDOWES. (*The Brit. med. Journ.* 18. Jan. 1896.) Die Patientin hatte einige Tage, bevor sie E. konsultierte, einen Knoten ihrer rechten Brust wahrgenommen, auf den sie erst durch einen schwachen Schmerz aufmerksam wurde.

Bei der Untersuchung fand der Verfasser einen grofsen Tumor, der sich hart wie ein Scirrhus anfühlte. Da derselbe jedoch nicht fest mit der Haut verwachsen oder an der Muskel adhärierte, wie es bei Carcinom der Fall zu sein pflegte, so war Verfasser im Zweifel, ob er die Diagnose stellen sollte. Er riet der Patientin zu

einem namhaften Arzt zu gehen. Dieser erwiderte E. auf die Frage des letzteren nach der Diagnose, dafs es sich zweifellos um Krebs handele und dafs die Patientin sofort operiert werden müfste. In der Chloroformnarkose wurde jedoch noch eine Explorationspunktion gemacht, die eine Cyste feststellte. Die Patientin erholte sich bald und ist bis zum heutigen Tage — mehrere Jahre nach diesem Falle — gesund geblieben. *C. Berliner-Aachen.*

Cystische Erkrankungen beider Brüste, von H. B. Robinson. (*The Brit. med. Journ.* 7. März 1896.) Die Brüste der 49jährigen Patientin waren vergröfsert, aber schmerzlos. Sie waren im ganzen induriert und boten einige feste Knoten dar ohne Fluktuation in der Nachbarschaft der Warze. Die rechte Mamma wurde entfernt; sie enthielt zahlreiche Cysten, so grofs wie eine Wallnufs. An einer Stelle wurde durch das Mikroskop Carcinom nachgewiesen. Die linke Brust wurde sodann amputiert, enthielt aber keine carcinomatöse Partien.

Die Ursache des cystischen Zustandes der Drüse sei in einer chronischen interstitiellen Entzündung derselben zu suchen. Das unerwartete Hinzutreten von Scirrhus sei interessant, da Brüste in einem cystischen Zustande mikroskopisch eine gleichsam präcanceröse Veränderung im Epithel aufweisen. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Epithelioma contagiosum an den Augenlidern, von Salzer. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 36.) Die Affektion betraf eine 33 Jahre alte Dame. Am linken inneren Augenwinkel am unteren Lidrand sitzt ein wachsweifses, derb sich anfühlendes Knötchen von Erbsengröfse. Eine deutliche Delle auf der Oberfläche ist nicht zu erkennen. Dieses Knötchen soll das älteste sein und fast 2 Jahre schon bestehen. In direkter Nachbarschaft 6—7 dicht zusammenliegende, stecknadelkopfgrofse Knötchen von derselben Beschaffenheit, in den oberflächlichen Hautschichten eingelagert. Ganz ähnlich tritt die Affektion am rechten Auge auf, nur dafs hier kein Knötchen die Stecknadelkopfgröfse überschreitet. Aus dem angeritzten gröfsten Knötchen entleerten sich nur Spuren von körniger Masse, daher wurde das Gebilde mit Pincette und Schere abgetragen, die anderen liefsen sich nach Spaltung der dünnen, sie bedeckenden Epithelschicht herausschälen.

Die anatomische Untersuchung des gröfsten Knötchens ergab zahlreiche Molluscum-Körperchen.

Eine im gleichen Hause wohnende Frau scheint vor 2 Jahren auf der Wange ebenfalls ein Molluscum gehabt zu haben.

Beide Frauen kamen in häufige Berührung mit Tauben, unter denen nach einiger Zeit eine verheerende Seuche ausbrach, an welcher die meisten der Tiere starben. Die erstgenannte Patientin bemerkte an den Tauben Abmagerung, stellenweisen Verlust der Federn, sowie kammartige Bildungen auf dem Schnabelrücken. Nachdem ihr die Bollingersche Abbildung des an Epitheliom erkrankten Hühnerkopfes vorgelegt war, erklärte sie, dafs die Tauben ganz ebenso ausgesehen hätten.

Salzer glaubt deshalb, dafs beide Patientinnen beim Füttern der Tauben die Infektion erfahren und von den Fingern auf das Auge übertragen hätten.

Neuhaus-München.

Über die Übertragbarkeit der Molluscumkörperchen, vorläufige Mitteilung von Casagrandi. (*Rif. med.* 1896. No. 265.) Verfasser hat Material aus Molluscumknötchen auf bestimmte Nährböden übertragen und von da in die Kämme und Steller von Hähnen inokuliert. Es kam an den Inokulationsstellen zur Entwickelung von Knötchen, die zwar mit den Molluscumknötchen nicht genau makroskopisch, wohl aber mikroskopisch übereinstimmten, indem sie die bekannten Molluscumkörperchen enthielten, die Verfasser zu den Blastomyceten rechnet. *C. Müller-Genf.*

Fibröser Tumor des Medianus, von WALLIS. (*The Brit. med. Journ.* 7. März 1896.) Eine 23jährige Frau hatte sich vor mehreren Jahren an der rechten Hand in der Gegend des N. medianus verletzt. An der Stelle entwickelte sich ein Tumor, der mit dem Medianus fest zusammenhing. Er wurde operiert. Nach einigen Jahren stellten sich Erscheinungen trophischer Störungen in Gestalt eines Geschwürs am Zeigefinger und beginnender Ankylosis der Gelenke ein. Verfasser schnitt nunmehr die ganze Partie des Tumors heraus und nähte die beiden Enden des Nerven zusammen. Die Patientin hat jetzt eine sehr brauchbare Hand und ist im stande, Handarbeiten anzufertigen, zu nähen etc., obgleich der Abductor und Opponens pollicis sich etwas atrophisch zeigte. *C. Berliner-Aachen.*

Akromegalie, von DODGSON. (*The Brit. med. Journ.* 14. März 1896.) Die Patientin ist 23 Jahre alt. Ihr Leiden begann vor 3 Jahren mit intensiven Kopf- und Gelenkschmerzen. Bald darauf bemerkte sie, dafs die Hände und Füfse gröfser wurden und seitdem nicht aufgehört hätten, merklich zu wachsen. Vor 2 Jahren nahm das Gesicht an Umfang zu. Gleichzeitig blieb die Periode, die vorher stets regelmäfsig war, vollständig weg, das Haar begann stark auszufallen, das Gedächtnis abzunehmen, ebenso die Sehkraft. Der Status zeigt die einzelnen Körperteile, insbesondere die Extremitäten, die Nase und den ganzen Oberkiefer unverhältnismäfsig grofs. Ohren und Zunge waren normal. Die Schilddrüse war nur schwach vergröfsert. Die Patientin wird mit Tabletten der Corpora pituitaria (Buroughs & Wellcome) behandelt und fühlt sich weit besser. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Akromegalie, von JARL HAGELSTAM. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* Juli 1896.) Verfasser berichtet über einen Fall von Akromegalie des Gesichts, der Zunge, der Hände und Füfse bei einem 40jährigen Weibe, allmählich entstanden nach einer Geburt vor 7 Jahren. Es fand sich zugleich einseitige Hemianopsie temporalis, auf eine (partielle) Vergröfserung der Hypophysis cerebri deutend. Glandula thyreoidea war nicht palpabel. — Thyreoidin wurde ohne Wirkung versucht. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Fall von Akromegalie, von ROXBURGH und COLLIS. (*The Brit. med. Journ.* 11. Juli 1896.) Die 35jährige Frau hat 6 Kinder innerhalb von 9 Jahren geboren. Ihre Krankheit datiert seit der Geburt des letzten Kindes vor 8 Jahren. Bis dahin war sie stets gesund gewesen. Damals bemerkte sie, dafs ihre Hände und Füfse dicker wurden. Erst im Jahre 1893 kam sie in ärztliche Behandlung, als sie wahrnahm, dafs ihr Sehvermögen abnahm.

Die Patientin ist an den Folgen eines Gehirntumors zu Grunde gegangen.

Die Sektion ergab normale Schilddrüse und unter anderen Befunden am Gehirn eine stark vergröfserte Hypophysis cerebri. Dieselbe bildete eine wallnufsgrofse Masse. Die Dura mater der Sella turcica war vollständig verschwunden, der Knochen selbst erodiert und sehr gefäfsreich. Die Masse hatte auf beide Sehhügel und auf das Chiasma gedrückt und sie teilweise zerstört. Der periphere und namentlich der basale Teil derselben boten mikroskopisch die Charaktere einer Mischgeschwulst, die an Gliom und an ein Rundzellensarkom erinnerte, rapid wuchernde, kleine, meist runde, wenig spindelförmige Zellen innerhalb feiner Bindegewebsbündel.

Verfasser vermag nicht zu entscheiden, inwieweit die vergröfserte Hypophysis cerebri die Ursache oder nur eine Begleiterscheinung der klinischen Symptome der Akromegalie sei.

Hervorzuheben ist, dafs bei der Patientin in ihrem 28. Lebensjahre die Menses cessierten, und dafs gleichzeitig mit dem Aufhören der Periode vor 7 Jahren die Erscheinungen der Akromegalie auftraten, während die Symptome eines Gehirntumors erst 4 Jahre später einsetzten. *C. Berliner-Aachen.*

Multiple Lipome, von Bidwell. (*The Brit. med. Journ.* 7. März 1896.) Der 23jährige, kräftig gebaute Mann hatte ursprünglich vor längerer Zeit einen Tumor in dem Handteller der einen Hand und einen am Halse. Vor 7 Jahren wurde nun an dem Halstumor geschnitten, und bald nachher zeigten sich an anderen Körperteilen Geschwülste. Gegenwärtig sieht man zahlreiche erbsen- bis wallnufsgrofse Tumoren über dem ganzen Körper zerstreut. Die Haut über den gröfseren ist leicht verschiebbar. Die mikroskopische Untersuchung ergab sehr gefäfsreiches Bindegewebe mit Zeichen von Entzündung.

Dr. Abraham, der den Fall und die Präparate gesehen, glaubt nicht, dafs es ein Fall von Molluscum contagiosum resp. fibrosum ist, vielmehr möchte er die Tumoren als Neuromata ansehen. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Lipom des Handtellers, von M. Margrave. (*The Brit. med. Journ.* 20. Juni 1896.) Der 47jährige Patient bemerkte vor einem Jahre eine schwache Schwellung am Ballen des linken Daumens. Innerhalb der letzten 6 Monate ist dieselbe rapide gewachsen, schmerzhaft und gespannt geworden. Die Haut über dem linken Daumenballen ist verdickt infolge von konstantem Drucke auf die Stelle. Der Patient ist nämlich Gärtner und drückt bei der Arbeit den Spaten zumeist gegen diese Stelle. Gegenwärtig ist er aufser Stande, seiner Arbeit nachzugehen. Es wurde eine Incision gemacht und mit dem Griffe eines Skalpells ein Tumor herausbefördert, der sich durch die mikroskopische Untersuchung als ein reines Lipom erwiesen hat. *C. Berliner-Aachen.*

Prof. Sinizin berichtet (VI. Kongrefs russischer Ärzte in Kiew, Sektion für Chirurgie, Sitzung am 22. April 1896.) über einen **Fall multiplen Lipoms** bei einem 40jährigen Manne, der zweimal wegen Störungen bei der Harnentleerung und Blasenkatarrhs die Klinik besuchte. Die Beobachtung zeigte, dafs einige Lipomata von selbst schwanden und dafs die Entwickelung neuer und gesteigertes Wachstum der alten Geschwülste mit den Störungen in den Harnorganen in Zusammenhang standen. Beide waren sie durch allzureichliche stickstoffhaltige Nahrung verursacht. Strenge Diät beeinflufste die Lipomata und brachte die Harnstörungen zur Heilung. Es handelte sich hier und wahrscheinlich auch bei der Entwickelung anderer Geschwülste um eine Trophoneurose. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Warzige Hühneraugen an den Fufssohlen, von C. S. Evans. (*The Brit. med. Journ.* 18. Juli 1896.) Der 15jährige Patient zeigte an dem einen Fufs 16, am anderen 6 harte und sehr gespannte Erhabenheiten, unter denen eine an jedem Fufse augenscheinlich eine grofse, durch Druck abgeflachte, von einem harten, hornigen Ringe umgebene Warze darstellte. Der Patient lahmte an beiden Füfsen und war unfähig, sich ohne Schmerzen fortzubewegen. Wenn man einen zur Oberfläche jeder Warze parallelen Schnitt legte, so bemerkte man hypertrophierte Papillen. Nach dreiwöchentlicher Behandlung mit täglichen Applikationen, heifsen Bädern von Mutterlauge, hierauf mit rauchender Salpetersäure, später mit Salicylkollodium wurde alle hornige Epidermis abgeschält oder abgeschnitten. Zwei Drittel aller Warzen waren um diese Zeit verschwunden. Eine weitere Woche der Behandlung mit kaustischen Applikationen in Intervallen von 2—3 Tagen, durch welche einige Warzen unter Hinterlassung kleiner Geschwürchen zerstört wurden, genügte, um die Fufssohlen an allen Punkten gegen Druck widerstandsfähig zu machen und dem Patienten nunmehr das Gehen zu erleichtern. Salicylkollodium wurde noch eine Zeit lang alle 3—4 Tage, soweit es ertragen werden konnte, aufgestrichen. Die kleinen Geschwürchen wurden mit Airol bestreut und mit Kollodium bedeckt. Nach 3 Tagen waren sie überhäutet.

Der Patient erhielt die Anweisung, doppeltwollene Socken zu tragen und auf die Fufssohlen noch einige Monate 3% Salicyl-Talc.-Puder zu streuen.

C. Berliner-Aachen.

Adenom der Zunge, von Bidwell. (*The Brit. med. Journ.* 14. März 1896.) Das 14jährige Mädchen zeigt einen Tumor auf der linken Hälfte der Zungenspitze. Auf der Oberfläche sind Bläschen zu sehen, die wahrscheinlich auf Lymphstauung zurückzuführen sind. Der Tumor soll excidiert werden. *C. Berliner-Aachen.*

Über das Lymphadenoma und seine Beziehung zu anderen krankhaften Geschwülsten, von W. G. Spencer. (*The Brit. med. Journ.* 18. Januar 1896.) Man kann unterscheiden das lokale Lymphadenom von der sich über den ganzen Körper verbreitenden Lymphadenomatosis.

Das lokale Lymphadenom ist wiederum ein einfaches, mehr benignes, oder ein malignes. Die erstere Form bildet ein streng begrenztes Überwuchern von lymphadenoidem Gewebe, durch irgend eine von aufsen her wirkende Ursache unterhalten und sistierend, wenn diese Ursache aufhört zu wirken. Das Trachom und die lymphadenomatösen Massen in den oberen Augenlidern, die Hypertrophie der Nasenschleimhaut, die adenoiden Vegetationen verdanken mehr oder weniger alle einem von den Schleimhäuten aus auf das adenoide Gewebe einwirkenden Irritament ihre Entstehung. Chronisches Ekzem der Haut, ein kariöser Zahn, eine Eiterfistel können lymphadenomatöse Vergrölserung der Drüsen hervorrufen. Tumoren gewifs parasitären Ursprunges, wie die infektiösen Granulationsgeschwülste der Tiere, das Rhinosklerom, die Aktinomykosis und Mykosis fungoides zeigen ein histologisches Bild, das dem Lymphadenoma sehr ähnlich sieht.

Beim malignen Lymphadenom, das man mit Unrecht Lymphosarkom bezeichnet, ist eine äufsere Quelle eines Reizes nicht deutlich oder gar nicht erkennbar, dagegen zeigen die Gewebszellen eine unverkennbare Neigung, aus einer wahrscheinlich innerhalb des Tumors selbst liegenden Ursache fortzuwuchern.

Bei der bekannten Tendenz des einfachen Lymphadenoms, in die maligne Form überzugehen, empfiehlt es sich, jenes frühzeitig chirurgisch zu beseitigen.

C. Berliner-Aachen.

Bemerkungen über cystisches Lymphangioma in der Kindheit, von D'Arcy Power. (*The Brit. med. Journ.* 16. Mai 1896.) Die cystischen Lymphangiomata können an jedem Körperteile auftreten; sie sind nicht ungewöhnlich in der Nachbarschaft der Achselhöhle. Am seltensten sind sie im Gesicht. Man sieht sie jedoch als kongenitale oder acquirierte Tumoren in der Zunge, wo sie die Makroglossie verursachen, zuweilen treten sie sogar in der Darmschleimhaut auf. Ein cystisches Lymphangiom wechselt von einzelnen zerstreuten, aus der Haut hervorwachsenden und mit Lymphe erfüllten Bläschen bis zu faustgrofsen Tumoren. Die zerstreuten Bläschen, welche man mit Lymphangioma circumscriptum bezeichnet hat, können nicht leicht mit anderen Neoplasmen verwechselt werden, wohl aber die festeren Formen der Tumoren, so vergrölserte Lymphdrüsen, Lipome, Naevi, Dermoidcysten und Sarkome, die sämtlich bei neugeborenen Kindern gefunden werden und kurze Zeit nach der Geburt nicht selten rapide wachsen, ohne dafs die darüber befindliche Haut bemerkenswerte unterscheidende Veränderungen zeigte.

Der Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose zwischen den cystischen Lymphangiomen und den oben erwähnten Neoplasmen und teilt dann die Krankengeschichte eines 14 Tage alten Kindes mit, das einen enormen Tumor aufwies, welcher die ganze linke Seite des Gesichts und die obere Hälfte des Halses einnahm. Er war schmerzlos, weich, gelappt. Ein isolierter, wallnufsgrofser Tumor von derselben Be-

schaffenheit befand sich hinter und unter dem Ohrläppchen. Die Haut über beiden Tumoren war gespannt, aber von natürlicher Farbe und Konsistenz und auf der Unterlage festhaftend. Die benachbarten Lymphdrüsen waren intakt.

Die mikroskopische Untersuchung des in Chloroformnarkose exstirpierten Tumors ergab normales Epithel. Das Bindegewebe, selbst dasjenige, welches die Papillen der Cutis bildet, enthielt dilatierte Lymphräume mit einkernigen lymphoiden Zellen und koagulierter Lymphe. Die Wände der Lymphsinusse bestanden aus einer Schicht Endothelzellen und einer äufseren bindegewebigen Bekleidung. Der Tumor zeigte auch reichliche Vaskularisation mit Hypertrophie der Gefäfswände. Das Fettgewebe, die Schweifsdrüsen, die Haare mit ihren Follikeln schienen normal zu sein. — Das vorher durch den Tumor gänzlich entstellte Kind zeigt jetzt, 17 Monate nach erfolgreicher Operation, ein menschenwürdiges, normales Aussehen. Der Verfasser bespricht ausführlich die Behandlung der cystischen Lymphangiome.

C. Berliner-Aachen.

Über ein grofses **Angiom** berichtet Wilhelm Bittner in der *Prager Med. Wochenschr.* 1896. No. 32. Dasselbe nimmt fast die ganze rechte Gesichts- und Kopfhälfte ein, bildet eine blaurote, kompressible, an Umfang wechselnde Geschwulst. Die unter dem Tumor gelegenen Skelettteile sind usuriert, durchlöchert; so das Frontal- und Parietalbein, durch welche dilatierte Gefäfse mit der Schädelhöhle kommunizieren; desgleichen der Oberkiefer. Das Kind leidet an Ohnmachtsanfällen und linksseitigen Krämpfen, da wohl auch zwischen Schädeldach und Gehirn kavernöse Räume etabliert sind. Bei der Geburt des Kindes hatte nur ein kleines blaues Knötchen an der rechten Oberlippenhälfte bestanden. — Die Unterbindung der Carotis externa dextra brachte nur die Kopfschmerzen und die Ohnmachtsanfälle zum Schwinden, ohne den Tumor zu verkleinern. — Bei kleineren Tumoren ist die Stichelung mit glühenden Nadeln sehr wirksam; die Elektrolyse ist zu schmerzhaft. — Versucht wurde noch das Durchführen eines Seidenfadens am Rande der Geschwulst, der dann über einen Jodoformgazestreifen geknüpft wurde. Die Schwellung an der Seite ging sichtlich zurück.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Melanosis arsenicalis, von Örbäk-Kopenhagen. (*Ugeskrift for Læger.* 1896. No. 47.) Verfasser teilt einen solchen bei einem 21jährigen Manne mit. Die sehr verbreitete, diffuse Melanose, mit zahlreichen eingesprengten, pigmentfreien Fleckchen, begann nach $^3/_4$jährigem Gebrauche von Arsenik gegen Epilepsie. Während der ersten 6 Monate nahm er täglich 6 Gélineausche Pillen (ein französisches Arcanum), darauf im Laufe von 8 Monaten im ganzen 500 andere Pillen mit entsprechendem Arsenikgehalte ($1^1/_2$ Milligr. Acid. arsenic. pr. Pille); nach dem Aufhören des Arsenikgebrauches wurde die Melanose stationär. (Patient war über ein halbes Jahr lang nach Aufhören der Arsenikverordnung in Beobachtung.) *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall von Melanodermie bei innerlichem Gebrauche von Arsen, von Hugo Holsti. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* Mai 1896.) Verfasser teilt einen Fall von Arsenmelanose bei einem 12jährigen Mädchen mit, die sich am Truncus, Hals und Nacken begrenzte; es werden gegen Chorea in ungefähr 7 Wochen von Sol. Fowleri gtt. 3×3 bis zu gtt. 8×3 steigend gegeben. Zugleich trat starkes Erythem mit grofsblätteriger Abschälung nach vorausgehender Vesikelbildung an Händen und unterstem Teile der Unterarme auf. Keine dyspeptischen Erscheinungen, aber geschwächter Appetit, ein wenig Abmagerung und Blässe; katarrhalische Symptome und Albuminurie nebst Auftreten dunkelgefärbter Konkremente von harnsaurem Ammonium im Harne beim Stehenlassen. Die Pigmentierung bestand noch 2 Monate nach Unterbrechung der Arsenbehandlung (obwohl blasser); die übrigen Erscheinungen schwanden schon nach Verlauf von ein paar Wochen. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Diabète bronzé, von V. Hanot. Verfasser hat im Jahre 1882 mit Chauffard (*Revue de Méd.* p. 385) eine Krankheit beschrieben, bei welcher sich zwei ausgesprochen krankhafte Zustände, Diabetes und hypertrophische Lebercirrhose, mit Pigmentation zusammenfanden. Seitdem sind in der Litteratur mehrere solcher Fälle publiziert worden. Die Symptome bestehen aus allgemeinen Anzeichen von Diabetes mit erheblicher Glykosurie, aus einer Melanodermie, die besonders im Gesicht, an den Beinen und Geschlechtsorganen stark ausgeprägt ist, aus allgemeinen Symptomen der Lebercirrhose, Hypertrophie der Leber und der Milz mit schwachem Ascites und Erweiterung der Hautvenen in der Abdominalgend. — Verfasser hat neuerdings zwei Fälle von Diabète bronzé beobachtet, deren Krankengeschichte er kurz mitteilt.

C. Berliner-Aachen.

Bronzekrankheit (Addisonsche Krankheit), von Sutherland. (*The Brit. med. Journ.* 14. März 1896.) Die Patientin leidet seit 8 Jahren an Symptomen, wie sie bei der Addisonschen Krankheit gewöhnlich sind. Die charakteristische Hautfarbe ist besonders stark ausgesprochen im Gesicht, an den Brüsten, in den Achselhöhlen, Ellenbogen, am Gesäfs und an der Linea alba. Suprarenalextrakt in Tabletten, das seit 6 Wochen eingegeben wurde, hat bisher keinen Erfolg gehabt. Dr. C. Pope hat einen Fall beobachtet, bei welchem sich post mortem hauptsächlich die Milz stark erkrankt erwies. *C. Berliner-Aachen.*

Die Nebenniere und die Ursache der Addisonschen Krankheit, von A. G. Auld. (*The Brit.med. Journ.* 4. Juli 1896.) Weitere Studien über diesen Gegenstand, deren Resultate in der vorliegenden Arbeit mitgeteilt werden, bestärken den Verfasser in seinen Schlüssen, welche er im Jahre 1894 aus früheren Untersuchungen gezogen hat, nämlich: 1. dafs der Medullarteil der Nebenniere das eigentliche Konstituens der Drüse ist, während die Rinde besten Falles eine Hilfsstelle einnimmt; 2. dafs die Funktion der Medulla oder wenigstens eine ihrer Funktionen ist, eine Substanz von kolloidartigem Charakter zu secernieren, welche ins Blut übertragen wird. 3. Diese Substanz vermag unter gewissen Umständen einen trophischen Einfluſs auf das sympathische Nervensystem auszuüben. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Physiologie der Nebenniere, von Mühlmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Verfasser weist nach, dafs in der Marksubstanz der Nebennieren Brenzkatechin gebildet wird. Die Addisonsche Krankheit entsteht dann dadurch, dafs dies Brenzkatechin infolge einer Störung der Nebennierenthätigkeit nicht an Ort und Stelle unschädlich gemacht wird, sondern in den Blutstrom gelangt. Dann oxydiert es sich, pigmentiert die Haut und ruft durch seine Giftigkeit die übrigen schweren Symptome der Krankheit hervor. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Beziehungen zwischen Nebennierenerkrankungen (Morbus Addisonii) und Menstruationsstörungen, von Fedor Schmey. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 69.) Verfasser schliefst: Die Gesamtblutmenge unterliegt beim Weibe wie bei dem Manne periodischen Schwankungen, auf deren Höhe beim Weibe die menstruelle Blutung eintritt, beim Manne eventuelle Blutung aus Hämorrhoiden, Unterschenkelgeschwüren, Magengeschwüren etc. Subkutane Injektion von Nebennierenextrakt erhöht den Blutdruck. Wo die Nebennieren krank sind, sinkt der Blutdruck, die Menstruation cessiert infolgedessen. Aus der Lewinschen Statistik führt er Belege für seine Anschauung an. Die Konsequenz dieser Anschauung ist die Darreichung von Nebennierenextrakt bei Menstruationsstockungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Suprarenalextrakt bei Morbus Addisonii, von L. A. Francis. (*The Brit. med. Journ.* 2. Mai 1896.) Der Verfasser beschreibt einen Fall von Addisonscher Krankheit bei einem 25jährigen, verheirateten, kinderlosen Manne, der unter Suprarenalextrakt sich anfangs von seinem schweren Zustande erholte, an Körpergewicht und Körperkraft zunahm. Auch die charakteristische Pigmentation der Haut schien eine Zeit lang geringer zu werden. Aber die Besserung hielt nicht an. Der Patient bekam einen Rückfall und starb nach wenigen Tagen. Verfasser fragt, ob die Autoren, welche von mit Suprarenalextrakt erfolgreich behandelten Fällen von Morbus Addisonii berichtet haben, die Patienten nach ihrer Entlassung genügend lange beobachtet hätten.

C. Berliner-Aachen.

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Behandlung des Ulcus cruris varicosum mittelst Quecksilberoxyds, von Schalenkamp. (*Therap. Monatsh.* Dezbr. 1896.) Die Empfehlung der roten Quecksilbersalbe gegen Ulcus cruris durch Langes veranlafst den Verfasser, in einer kleinen historischen Studie zunächst zu zeigen, dafs Weinhold schon 1807 dieses Präparat empfohlen. Er giebt aus einem Schriftchen Weinholds die therapeutischen Angaben desselben wieder.

Die Erfahrungen des Verfassers bestätigen die Wirksamkeit des genannten Präparates. Nach zweitägigen Umschlägen mit Sol. liq. alum. acet. wird das rote Oxyd als feinstes Pulver aufgestreut. Die Wunde wird täglich gereinigt und von Borken befreit. Nach drei Tagen wird dann statt dessen die officinelle Salbe aufgelegt, darüber Watte und komprimierende Binde. Letztere fördert die Heilung sehr, was wohl leicht begreiflich ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Hämorrhoiden und ihre Behandlungsmetheden, von Ludwig Stein. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 50.) Eine Schilderung der bekannten Hämorrhoidalbeschwerden und der betreffenden Heilverfahren, die nichts neues bietet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva, von Wolff-Wilhelmsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 1.) Der Fall betrifft einen 5jährigen Knaben. In der betreffenden Familie kamen nur etliche Fälle von Tuberkulose vor, neuropathische Belastung nur insoweit, als ein Bruder des Vaters an hallucinatorischem Verfolgungswahnsinn leidet.

Seit der zweiten Lebenswoche des Knaben bemerkte die Mutter auf dem Kopfe desselben zur rechten Seite des Scheitels eine etwa markstückgrofse nässende gerötete Stelle, die immer wieder mit einer Kruste sich bedeckte. Im zweiten Lebensjahre des Kindes hatte sich diese Stelle bedeutend vergröfsert, unter den Borken war vollständiger Haarschwund eingetreten. Die Haut daselbst zeigte eine glänzende Beschaffenheit mit unregelmäfsiger weifser und bräunlicher Fleckung. Bald traten auch in einzelnen Partien des Gesichtes ähnliche Veränderungen auf. Jetzt im fünften Jahre des Kindes ergiebt sich folgendes: Der Knabe ist kräftig entwickelt. Von der rechten Seite des Scheitels, kurz vor dem Haarwirbel beginnend, erstreckt sich ein 4—5 cm breiter bräunlicher Streifen zur Stirn, geht über diese hinweg zur inneren Seite des Arcus supraorbitalis, kreuzt diesen, indem er sich zu knapp 1 cm Breite verschmälert, genau der Incisura supraorbitalis entsprechend, durchsetzt das obere und untere Augenlid und geht auf die rechte Seite der Nase über, um von hier aus, an Breite wieder bedeutend zunehmend, sich bis in die Schläfengegend fortzusetzen. Ein Ausläufer begiebt sich zur rechten Oberlippe. Die Haut in diesem von dem Schwund ergriffenen, deutlich vertieften Bezirk ist sehr dünn, fast durchweg von bräunlicher Farbe,

nur durch wenige weifse Inseln unterbrochen; sie ist glatt, glänzend, straff gespannt und auf dem Schädeldach fest mit dem Knochen verwachsen. Die Haare, soweit sie in dem atrophierten Gebiet nicht gänzlich fehlen, sind dünn und spärlich. Der Haarwuchs der rechten Augenbraue und die Cilien der rechten Augenlider sind bis auf die ca. 1 cm breite atrophische Furche, wo die Haare vollständig mangeln, normal. Der Tarsalknorpel des rechten oberen Augenlides ist an der Atrophie stark mitbeteiligt, so dafs das Lid einen beträchtlichen Ausschnitt aufweist, in ähnlicher Weise ist auch das untere Lid affiziert. Auch die rechte Nasenhälfte ist schmaler, der rechte Nasenflügel ist verdünnt und nach oben verzogen, so dafs das rechte Nasenloch gröfser erscheint als das linke. Die rechte Oberlippe ist in die Höhe gezogen. Die Gebilde der Mund- und Rachenhöhle zeigen keine Differenzen zwischen beiden Seiten.

Von der Muskulatur sind durch die Atrophie betroffen: Teile des M. frontalis und der Muskulatur der Augenlider und der rechten Oberlippe.

In der Gegend des rechten Auges zeigen sich die Venen praller gefüllt als die entsprechenden auf der linken Seite, namentlich fällt eine ausgesprochene Ektasie der Konjunktivalvenen des rechten Auges auf.

Der Puls der Art. temporalis rechts ist ein wenig abgeschwächt, der Karotidenpuls beiderseits gleich. Die rechte Pupille ist beträchtlich weiter als die linke, reagiert aber, wenn auch etwas langsamer als letztere. Die Sensibilität der Haut sowie die willkürliche Beweglichkeit der Gesichtsmuskeln lassen keinen Unterschied zwischen rechts und links erkennen. Am Erröten infolge psychischer Erregung beteiligen sich die atrophischen Stellen nicht. Auf die ja noch strittige Ätiologie des Leidens geht Verfasser nicht näher ein, will nur hervorheben, dafs für die Annahme einer Sympathicus-Affektion die Erweiterung der rechten Pupille und die starke Pigmentierung in dem atrophischen Gebiete sprächen. *Neuhaus-München.*

Die Behandlung der Alopecie, von Brocq. (*Journ. des pratic.* 1896. No. 13.) Die prämature, idiopathische Alopecie findet sich erschreckend häufig, auch beim weiblichen Geschlecht, nach dem Gebrauch von Haarmitteln, nach Aufenthalt in Seebädern, nach geistiger Überanstrengung. Vorübergehende Alopecien, entweder allgemeine oder an den Schläfen lokalisierte, stehen häufig in Zusammenhang mit uterinen oder vasculären Störungen. Bei gleichzeitiger Seborrhoea oleosa sind Waschungen mit schwefelhaltigem Kampferspiritus und Dekokten von Panamaholz oder mit Teerseife zu empfehlen. In Fällen, in welchen jede Läsion des Haarbodens fehlt, empfiehlt B. gegen die Trockenheit der Haare ölige Mittel; am besten werden die Haare 1—2 mal wöchentlich mit 2—3 g flüssig gemachter Vaseline leicht bestrichen; dabei ist zu vermeiden, dafs ein Überschufs von Vaseline auf den Haaren oder auf dem Haarboden zurückbleibt. Werden die Haare zu fettig, so können sie mit Petroleumäther oder Sodawaschungen oder Ammoniak 10,0, Rum 40,0, Nufsblätterwasser ad 200,0 behandelt werden. Zu empfehlen sind auch Resorcin- und Chininsalben. Resorcin 0,15, Chinin. hydrochlor. 0,40, Vasel. pur. 25,0; persistiert der Haarausfall, so kann Tinct. canthar. 0,25—1,0 hinzugefügt werden. Rufen diese Salben Pruritus hervor, so ist für einige Zeit nur Borvaseline 20% anzuwenden. Bei gleichzeitiger Trockenheit und Pityriasis sind diese Salben jeden Abend aufzutragen (Resorcin 0,15, Chininhydrochlor. 0,40, Sulf. praecip. 2,0, Vasel. pur. 25,0) und am nächsten Morgen mit Seifenwasser oder Panamaholzdekokt abzuwaschen. Nach einiger Zeit empfiehlt sich Acid. salicyl. 0,3, Resorcin 0,15, Chinin. hydrochlor. 0,40, Sulf. praecip. 2,0, Vaselin. pur. 25,0. Sollte die Salbe reizen oder Juckreiz herrschen, so ist der Schwefel und das Resorcin wegzulassen.

Bei Eccema seborrhoic. circinat. empfiehlt B. die Quecksilbersalben.

H. Einhorn-München.

Über eine Modifikation der stimulierenden Behandlungsmethode der Alopecia areata, von R. Panichi. (*Settim. med. delle sperimentale.* 1896. No. 40.) Dieselbe stützt sich auf die von Martin praktizierte Methode, welche darin besteht, dafs die kahle Hautstelle mit 1% Sublimatglycerin überstrichen und dann ganz oberflächlich mit Nadeln gestichelt wird. Als Lösung verwendet nun Panichi statt Sublimatglycerin eine Mischung von 3—4 Teilen Carbolsäure und 6 bis 7 Teilen Kantharidentinktur. Diese Lösung wird nun nicht blofs aufgepinselt, sondern mittelst Pravaz wenn möglich auf den Grund der Haarfollikel eingespritzt. Die Prozedur wird alle 4—6 Tage wiederholt und in der Zwischenzeit die affizierte Hautstelle mit der Lösung täglich eingerieben. Verfasser hat mit seiner Methode vorzügliche Resultate erzielt. *C. Müller-Genf.*

Alopecia totalis neurotica, von Leo Steindler. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 48.) Der interessante Fall aus der Mračekschen Abteilung in der Krankenanstalt „Rudolfstiftung" betrifft ein 23jähriges Mädchen aus sehr nervöser Familie. Mit dem Beginn der Menses im 10. Lebensjahre fingen die Haare an sich langsam zu lichten, um dann während einer Nacht bei plötzlich eintretenden psychotischen Störungen am ganzen Körper auszufallen. Sie blieb dann zehn Jahre kahl, dann begannen die Haare wieder zu wachsen und zwar von symmetrischen Punkten aus. Später fielen sie nach einer Attaque von Migräne wieder aus, um dann nach einem von nervösen Symptomen freien Intervall wiederzukehren. Auffallend ist die stellenweise vorhandene Übereinstimmung der Behaarung mit der Ausbreitung gewisser Hautnerven. Die Nägel zeigen trophoneurotische Störungen. Bemerkenswert ist die vermehrte Phosphaturie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Alopecia areata bei den Kindern, von Feulard. (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.* Nov. 1895.) Verfasser konstatiert eine bedeutende Zunahme der Fälle dieser Affektion in den letzten Jahren. Nach einer detaillierten Beschreibung der Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Pathogenese (Verfasser ist entschiedener Kontagionist) macht er uns mit seiner therapeutischen Methode bekannt: Er läfst die Haare so kurz schneiden wie nur möglich, epiliert aber nur dann, wenn die Alopecie einen sehr raschen Verlauf zeigt. Alle Abende wird eine 10%ige Schwefelsalbe (mit Salicylsäure) appliziert und am darauffolgenden Morgen der Kopf gewaschen, mit Salicylsäureseife eingeweicht und mittelst weicher Bürste mit einer alkoholischen Sublimatlösung (1,5—3‰) eingerieben. Während er früher die einzelnen Plaques alle 3—4 Tage mit Essigsäure einpinselte, ist er in letzter Zeit zum Sublimat übergegangen, das in 1—2%igen alkoholischen Lösungen, denen etwas Essigsäure beigegeben ist, ebenfalls eingepinselt wird. Von grofser Wichtigkeit ist die frühzeitige Inangriffnahme der Behandlung. In Bezug auf die Prophylaxe möchte F. nur die kleinen schulpflichtigen Kinder vom Schulbesuche ausgeschlossen wissen, während er für die gröfseren, bei denen eine längere Unterbrechung des Studiums verhängnisvoll werden könnte, höchstens die Isolierung auf eine besondere Bank und das Tragen einer Kalotte empfiehlt. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zur Lehre von der Entstehung der Trichorrhexis nodosa, von R. Richter-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 41.) Verfasser bemerkte vor zwei Jahren an seinem eigenen Schnurrbarte die bekannten Knoten. Zur selben Zeit entdeckte er, dafs auch an seiner Zahn- und Nagelbürste Knötchen auftraten. Da er damals die Affektion für parasitär hielt, wurden viele antimykotische Mittel von ihm angewendet, die alten Bürsten durch neue desinfizierte ersetzt. Aber der Erfolg blieb aus. Nun liefs er jegliche Reizung der Haare durch Bürsten und starke

Medikamente bei Seite, bediente sich nur noch eines milden Einfettungsmittels (Öl und Lanolin) und fand, dafs baldigst die Knötchenbildung aufhörte; die Haare fielen noch längere Zeit aus, endlich trat auch diese Erscheinung zurück. Eine Bürste zeigt wohl seit langem Knötchen, Verfasser kümmert sich aber nicht weiter darum. Er glaubt jetzt, dafs die Trichorrhexis keine parasitäre Erkrankung, sondern eine Ernährungsstörung der Haare darstelle. Diese könne in zwei Formen auftreten: 1. Ausfallen der Haare, 2. Knötchenbildung. Das Auftreten der Knötchen zeige uns einen höheren Grad der Ernährungsstörung an, denn auch die einmal von den Knötchen betroffenen Haare fallen früher oder später immer mit der Wurzel aus, mögen die Knötchen abgeschnitten werden oder nicht. Die Therapie ergebe sich von selbst: Jede Reizung der Haare ist zu vermeiden. Die betroffenen Haare sind zu entfernen, milde Fettmittel anzuwenden. *Neuhaus-München.*

Zur Ätiologie und Behandlung der Trichorrhexis nodosa, von Stadler. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 48.) Wie Richter-Berlin glaubt auch Verfasser, dafs eine energische Behandlung die Trichorrhexis nodosa nur verschlimmere. Ebenso wirke eine irritierende Behandlung schädlich bei Pityriasis simplex capillitii, an welcher er selbst gelitten. So lange er nun reduzierende und antiseptische Mittel und namentlich auch, als er kaltes Wasser (Flufsbäder) benützte, seien Knötchen und Schuppen der Pityriasis in stärkerem Mafse aufgetreten; sobald er jedoch warmes Wasser (28° R.), eine milde Seife und blande Salbe (Lanolin Adeps benzoat aa) verwendete, sei die Affektion in kurzer Zeit verschwunden. Diese Beobachtung fand er in 20 weiteren Fällen von Pityr. simpl. capillitii bestätigt. Er rät daher jeden Reiz wegzulassen, besonders kaltes Wasser, stärkere Salben und Waschungen.
Neuhaus-München.

Im medizinisch-pharmaceutischen Bezirksverein Bern stellt Lesser einen Fall von **Xeroderma pigmentosum** vor. Auf eine Frage von Prof. Sahli bezüglich der therapeutischen Wirkung des Lichtabschlusses resp. schwarzer Anstriche erwidert Verfasser, dafs solche Versuche nicht lange fortgesetzt werden konnten, ihre Erfolge überhaupt vollständig negative waren. Nach Lesser scheinen behaarte Körperstellen von der Affektion nicht befallen zu werden. Was die Carcinome anbelangt, so beginnen sie, wenn sie überhaupt auftreten, stets an pigmentierten Stellen und verbreiten sich von da metastatisch weiter. Zur allgemeinen Arteriosklerose scheint ihm die Affektion keine Beziehungen zu haben. Bezüglich der Natur der sekundären Tumoren werden diese von einzelnen Autoren für Sarkome gehalten. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte.* 1896. No. 21.) *C. Müller-Genf.*

Vergrölserte Schilddrüse. Verschwinden derselben gefolgt von Myxödem, von T. F. H. Smith. (*The Brit. med. Journ.* 4. Jan. 1896.) Die 26jährige Patientin erfreute sich bis zu ihrem 17. Lebensjahre einer guten Gesundheit, als sie eine Vergrölserung der Schilddrüse und ein Hervortreten beider Augäpfel wahrnahm. Gleichzeitig machten sich Schwerfälligkeit im Sprechen und eigentümliche choreatische Bewegungen der Extremitäten bemerkbar. Herzgeräusche wurden nicht gehört; der Puls betrug 80. Im Jahre 1885 wurde die Patientin wegen dieser Erscheinungen in Guys Hospital aufgenommen. Als die Menstruation auftrat, besserte sich ihr Zustand. Während der letzten vier Jahre sind ihr die Haare ausgefallen, die Haut ist trocken und rauh geworden, das Sprechen weniger deutlich und langsamer als zuvor. Die Patientin klagt beständig über Kältegefühl, häufige Appetitlosigkeit und Verstopfung.

Der Status zehn Jahre später ergab Fehlen des Exophthalmus, leichtes Ödem unter den Augenlidern und ein übermäfsig dickes Unterkinn, die Haut der Hände

hart, trocken und verdickt, die Zunge vergrößert. Das Sprechen war langsam und undeutlich. Kein Eiweiß im Urin, Herz und Lungen gesund. Das Vorhandensein eines Schilddrüsenkörpers konnte weder durch Inspektion noch durch die Palpation konstatiert werden.

Gegen Ende März 1895 wurde die Patientin mit Schilddrüsensubstanz behandelt und schien Mitte September desselben Jahres wieder vollständig normal zu sein.

(Der vorliegende Fall dürfte zu den seltenen Fällen von Übergang der Basedowschen Krankheit in Myxödem gehören. Ref.)

C. Berliner-Aachen.

Weitere Mitteilungen über den ersten mit Thyreoidextrakt geheilten Fall von Myxödem, von G. R. Murray. (*The Brit. med. Journ.* 8. Febr. 1896.) Seitdem die 50jährige, früher mit Myxödem behaftete Frau aus der Thyreoidbehandlung als geheilt entlassen worden ist, sind vier Jahre verstrichen. Ein Rückfall ist in dieser Zeit nicht aufgetreten. Die Frau befindet sich vollkommen wohl, nimmt aber andauernd noch kleine Dosen von Thyreoidextrakt. Der Verfasser hält das Myxödem für vollständig heilbar und empfiehlt den fortgesetzten Gebrauch des Mittels besonders bei der Behandlung von Kretins; man beginne dieselbe jedoch möglichst frühzeitig.

C. Berliner-Aachen.

Myxödem, von Guthrie. (*The Brit. med. Journ.* 14. März 1896.) Die 89jährige Frau litt seit vier Monaten an Erscheinungen, die auf beginnendes Myxödem hindeuteten. Schon zehn Tage nach Einleitung der Thyreoidbehandlung gingen sämtliche Symptome zurück.

C. Berliner-Aachen.

Einige Effekte der Thyreoidektomie bei niederen Tieren, von G. R. Murray. (*The Brit. med. Journ.* 25. Jan. 1896.) Der Verfasser beschreibt zwei Experimente, die er an Kaninchen angestellt hat. Er fand, in ziemlicher Übereinstimmung mit Hofmeister, daß nach Entfernung der Schilddrüse schon frühzeitig, etwa 3—4 Wochen nach der Operation, sich Stumpfsinn und Appetitlosigkeit des operierten Tieres entwickelt, daß ein langer, 11—12 Monate dauernder Zeitraum eines sich gleich bleibenden Zustandes ohne bemerkenswerte Veränderungen eintritt, auf den dann Schwellung, Haarverlust, Trockenheit der Haut und niedrige Körpertemperatur folgen, Symptome, die an das Bild des beginnenden Myxödems erinnern. Diese Symptome pflegen bei der Wärme sich zu bessern, bei der Kälte sich zu verschlimmern.

C. Berliner-Aachen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Kongenitale Verengerung der Urethra mit Harnröhrenstein, von Loumeau. (*Ann. de la Policl. de Bordeaux.* 1896. No. 34.) Bei dem 69jährigen Patienten hatte sich infolge einer kongenitalen Striktur der Urethra in der Pars bulbosa hinter derselben eine Dilatation der Harnröhre entwickelt, in der sich ein ca. olivengroßer Stein ausbildete und zu schweren Miktionsbeschwerden geführt hat. L. machte die Urethrotomia externa mit nachfolgender Urethro-Perineonephie, welche eine vollständige Heilung zur Folge hatte.

C. Müller-Genf.

Bericht über einen Fall, welcher die Gefahren der forcierten plötzlichen Erweiterung der Harnröhren bei Strikturen darlegt, von D. Beckett. (*Med. News.* 25. Juli 1896.) Ein 43jähriger Mann war wegen Harnröhrenverengerung von seinem Arzte in der Weise behandelt worden, daß in der Narkose in einer Sitzung durch

Einführung von Sonden die filiforme Verengerung auf 18 E erweitert wurde. Fünf Tage später fand Verfasser den Patienten mit einer undurchdringbaren Harnröhre, bei tropfenweise absickerndem Urin, hochgradigem Tenesmus und Infiltration der Bauchwand, in der sich schnell ein jauchiger, fast bis zum Nabel reichender, mit Urin, Eiter und Gangränfetzen erfüllter Abscefs entwickelte. Bei geeigneter Behandlung (Boutonnière etc.) gelang es schliefslich, den Kranken dem drohenden Tode zu entreifsen. *Philippi-Remscheid.*

Gute Resultate nach Resektion der Urethra, von G. Fuller. (*Med. News.* 25. Juli 1896.) Verfasser berichtet ausführlich über zwei Fälle, bei denen er wegen blennorrhoischer Striktur sehr erhebliche Stücke der Harnröhre vor 10 resp. 12 Monaten mit bestem Erfolge resezierte. Es wurde bei dem einen die ganze Pars bulbosa, gut ein Zoll der Pars pendula vor dem Bulbus und die vordere Hälfte der Pars membranacea entfernt, bei dem anderen $1^3/_4$ Zoll aus der Pars bulbosa und membranacea. Zur Drainage empfiehlt F. folgendes Verfahren: Nach Beendigung der Resektion wird ganz in der Tiefe ein Schnitt ausgeführt, der den tiefsten Teil der Pars membranacea urethrae, die tiefliegendsten Teile der Perinealgebilde und einige Fasern des Sphinkter ani durchtrennt. In diese Furche legt man ein dickes, weiches Drainrohr bis zur Blase. Darauf führt man einen weichen Katheter von geeigneter Dicke durch die Harnröhre ein; derselbe reicht vom Meatus bis zum grofsen Drainrohr am Damm und dient als Stütze, indem die incidierten Teile drum herum vernäht werden; je nach Bedarf bleibt er 8 bis 10 Tage liegen. Das Perinealrohr kann im Notfall herausgenommen und wieder eingeführt werden, ohne den anderen im Geringsten zu verschieben. *Philippi-Remscheid.*

Über die Zentren der Harnblase, von Bechterew. (*Rundschau f. Psychiatrie, Neurologie u. experiment. Psychologie.* 1896. No. 8.) Kritische Vergleichung der Resultate der Dissertation von Dragomanow: „Über den Einflufs des Hirns auf den Akt der Harnentleerung" mit den von Bechterew und Misslavsky gemeinsam im Jahre 1888 veröffentlichten Ergebnissen gleichartiger Untersuchungen über denselben Gegenstand. Die von Dragomanow behauptete Differenz in den Resultaten wird von Bechterew als völlig unwesentlich erwiesen. Bechterews damalige Schlufsfolgerungen lauteten: Das Bewegungszentrum der Harnblase liegt in der Tiefe des vorderen Teiles des Thalamus opticus in einer Ausdehnung von nur wenigen Millimetern. Dieses Zentrum ist mittelst eines besonderen Faserbündels verbunden innenseits mit dem Rindenzentrum der Harnblase im inneren Teil des vorderen und hinteren Abschnittes des Gyrus sigmoides; andererseits verbinden die von ihm abgehenden Leitungsbahnen, indem sie längs des inneren Ventrikels und in der oberen Etage des Hirnschenkels hinabsteigen, dieses Zentrum mit den tiefergelegenen Hirnzentren.

Dagegen gab Dragomanow folgendes Resumé: Wir fanden das cortikale Zentrum für den M. detrusor vesicae urinariae gelegen in der vorderen Hälfte des Gyrus sygmoides (Gyr. centr. ant.), wobei die Fasern in der weifsen Substanz verlaufen und in den Thalamus opticus eindringen, welchen wir für das subcortikale Zentrum des M. detrusor halten; weiter ziehen diese Fasern in den Pedunculus cerebri, Pons Varolii und Medulla oblongata. Corpora quadrigemina und Kleinhirn nehmen keinen Anteil am Akte der Harnentleerung. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Die klinischen Merkmale des einfachen, solitären Geschwürs der Harnblase, von E. H. Fenwick. (*The Brit. med. Journ.* 9. Mai 1896.) Ein 20jähriger, wohlgenährter Mann litt an intermittierenden Anfällen profuser Hämaturie und konstanten Schmerzen im Penis. Er hatte niemals sexuellen Verkehr gepflegt. Vermittelst des Cystoskops

entdeckte Verfasser an der hinteren Wand der Blase ein kleines Geschwür von der Gröfse eines Schillings. Einen operativen Eingriff liefs der Patient nicht zu. Innerhalb der nächsten zwei Jahre scheint das Geschwür spontan abgeheilt zu sein, da sämtliche Symptome verschwunden sind. Seit dieser Zeit hat Verfasser mehrere derartige Fälle beobachtet, deren Krankengeschichten in folgendem mitgeteilt werden. Auf Grund seiner Beobachtungen unterscheidet Verfasser drei Stadien des Verlaufs des solitären Geschwürs der Blase: a) das erste ist von verschiedener Dauer und erreicht mit dem Auftreten einer Cystitis sein Ende; b) das Stadium der Cystitis; c) die Blasenschleimhaut ist mehr oder weniger zerstört, die Blase ein vollständig unelastischer Sack, unfähig, auch nur geringe Mengen Urins zu halten. Der Patient ist von heftigem Harndrang geplagt. Meistens erreichen jedoch die Patienten dieses Stadium nicht, sie gehen bereits im zweiten an Pyelitis oder Pyelonephritis zu Grunde.

Von aufserordentlicher Wichtigkeit ist es, die Krankheit bei Beginn zu erkennen. Wenn wiederholte, profuse Hämaturien ohne besondere Ursache auftreten, verbunden mit häufigem Urinieren und urethralen Schmerzen, wenn der Patient in den Jünglingsjahren sich befindet, wenn weder für venerische Krankheiten, noch für Blasensteine oder Blasentuberkulose Anzeichen oder erbliche Belastung vorliegen, so kann man mit aller Wahrscheinlichkeit annehmen, dafs es sich um eine solitäre Ulceration handelt. Die Prognose derselben ist, wenn sie frühzeitig erkannt und behandelt wird, gut. Eine Anzahl von Fällen heilt spontan, wie Verfasser sich überzeugt hat. Die beste Behandlungsmethode im ersten Stadium ist die Verordnung von Sandelöl, später Leberthran, kleine Dosen Merkur des Nachts, Diät, frische Luft. Wenn das Geschwür hartnäckig ist, mufs eine Auskratzung desselben vorgenommen werden. Die Behandlung in den späteren Stadien der Krankheit wird hauptsächlich eine symptomatische sein müssen. Der Erfolg ist meist problematisch. Auskratzungen sind bei tuberkulösem Geschwür der Blase kontraindiziert, weshalb man sich eventuell durch das Cystoskop der Diagnose vergewissern soll, ehe man zur Curettage schreitet.

C. Berliner-Aachen.

Blasenruptur im Anschlufs an Arsenmedikation, von H. Caiger. (*The Brit. med. Journ.* 18. April 1896.) Eine 48jährige anämische Frau konsultierte den Verfasser am 14. Mai 1894 wegen Schmerzen und Schwäche in der Kreuzbeingegend. Es wurde ihr eine Mixtur verordnet, welche Ammon. citr., Liq. arsen. Fowl., Kalii jodati und Aq. chlorof. enthielt und dreimal täglich einzunehmen war (wieviel? Ref.). Am 21. Mai bekam sie an ihren Händen einen Ausschlag. Beide Hände waren gerötet, ödematös geschwollen. An den Handtellern und Fingern sah man zahlreiche, kleine, tief in die Haut eingebettete Bläschen. Der Ausschlag war durch Stechen und Brennen eingeleitet und von demselben begleitet. In den nächsten Tagen vergröfserten sich die Bläschen, konfluierten zu grofsen Blasen, die teils spontan aufbrachen, teils angestochen wurden. Der Inhalt war stets klar. Im Verlaufe von drei Wochen wurde die Haut der befallenen Teile abgestofsen. Verfasser bespricht die Ätiologie, Diagnose, Nomenklatur des Falles. „Pompholyx" erscheint ihm dafür am geeignetsten.

C. Berliner-Aachen.

Über die verschiedenen Erklärungen der spontanen Fraktur von Blasensteinen, von Debout d'Estrées. (*The Brit. med. Journ.* 9. Mai 1896.) Drei Theorien giebt es, welche die spontane Fraktur von Blasensteinen erklären sollen.

1. Nach Civiale soll eine energische Kontraktion der hypertrophierten Blasenmuskulatur dies bewerkstelligen.

2. Durch Exfoliation oder Rifs der peripheren Schichten eines grofsen Steines oder zahlreicher kleiner Steine, die nicht mehr vom Urin angefeuchtet werden.

3. Durch Bersten des Steines nach zu starker Expansion des Kerns, wie Ord behauptet, kämen solche spontanen Frakturen zu stande.

Verfasser führt Beispiele aus seiner Praxis an, welche die erste und ganz besonders die dritte Theorie stützen sollen. *C. Berliner-Aachen.*

Einige Fälle von Lithiasis im Kindesalter, von Siegfried Schweiger. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 38.) An der Hand von acht Fällen von Lithiasis beim Kinde erörtert der Verfasser die Therapie dieses Leidens mit besonderer Berücksichtigung der landärztlichen Verhältnisse. Als das Normalverfahren bezeichnet er unter diesen Umständen den hohen Steinschnitt, dessen Ausführung gegenüber der Litholapaxie entschieden leichter ist, keine grofsen Anforderungen an die Technik stellt. Der hohe Steinschnitt ist um so mehr zu empfehlen, als selbst die totale Blasennaht bei Kindern im Gegensatz zu den Erwachsenen meistens gelingt, wie aus den Schilderungen des Verfassers hervorgeht. Die Prognose der Sectio alta dürfte eher günstiger ausfallen als diejenige der Lithotripsie, welche doch relativ häufig Todesfälle giebt. Alexandrow in Moskau hat unter 32 Lithotripsien 5 Todesfälle, unter 85 hohen Blasenschnitten nur 4 Todesfälle. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der hohe Blasenschnitt bei Lithiasis, von A. B. Johnson. (*New York. Med. Journ.* 4. April 1896.) Verfasser berichtet ausführlich über zwei von ihm und dreizehn von anderen Ärzten im Roosevelt Hospital mittelst Sectio alta behandelte Fälle. Mit Ausnahme eines an Urämie verstorbenen Kranken waren die Resultate durchaus gut. J. empfiehlt, nach der Operation die Blase durch einen Perinealeinschnitt zu drainieren und die obere Wunde der Blase durch eine doppelte Reihe feiner Seidennähte vollständig und die Bauchwände gröfstenteils zu verschliefsen. Gegenüber den anderen Fällen wurde die Heilungsdauer auf diese Weise um zehn Tage verkürzt. Kontraindiziert ist diese Neuerung 1. falls der Stein nicht vollständig entfernt worden ist, 2. bei starker Blutung in der Blase, 3. bei hochgradiger Prostatahypertrophie, 4. bei intensiver, septischer Cystitis. *Philippi-Remscheid.*

In der „Gesellschaft der Ärzte" in Wien spricht v. Frisch am 12. Dezbr. 1896 über **Soor der Harnblase.** Es handelt sich um eine ältere diabetische Frau, die an den Erscheinungen einer heftigen Cystitis erkrankt ist. Im Harn fanden sich weifsliche Körper, die mikroskopisch aus Hefepilzen bestanden, und Luftblasen, die sich syphonartig mit dem letzten Urin entleerten. Auch im Cystoskop sah man auf geröteter Schleimhaut die weifslichen Körner. Durch Ausspülungen ging der Katarrh zurück, ohne dafs die Körner ganz verschwanden. Da die Scheide gesund war, liefs sich eine Ursache nicht eruieren, während in einem anderen in der Diskussion erwähnten Falle der ebenfalls diabetische Patient die Gewohnheit hatte, seinen einer Cystitis wegen eingeführten Katheter mit Speichel vorher zu ölen, in dem sich die von einem Soor der Mundhöhle stammenden Pilze befanden. *Dreyer-Wien.*

Die Blase nach doppelseitiger Kastration wegen vergröfserter Prostata, von D. Colley. (*The Brit. med. Journ.* 8. Febr. 1896.) Der 73jährige Mann litt schwer unter den Symptomen der Prostatahypertrophie. Eine plötzliche Urinverhaltung veranlafste, die suprapubikale Punktion vorzunehmen. Die Erleichterung war ganz vorübergehend, und die Beschwerden stellten sich heftiger als zuvor ein. Nunmehr wurde mit der doppelseitigen Kastration ein Versuch gemacht. Der Harndrang liefs sofort nach, der Zustand besserte sich zusehends, als der Patient 2 Monate nach der Operation an einer Cystitis mit nachfolgender Pyelonephritis erkrankte und starb. Die Blase wurde bei der Sektion verdickt und zusammengezogen befunden. Obwohl die Prostata nicht wesentlich kleiner geworden war, hatte die Operation doch unmittelbare Erleichterung verschafft. (Aber das Endresultat? Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Das beste Verfahren, bei Cystotomia suprapubica die Blase zu öffnen, von A. Dandolo in Castelfranco, Veneto. (*Centralbl. f. Chir.* 1896. No. 33.) Man legt die Blase frei, fixiert sie und durchtrennt dann schichtenweise in longitudinaler Richtung und in nötiger Ausdehnung die Muskelschicht. In der Mitte der auseinander weichenden Muskelränder legt man 2 Seidenfäden ein, und durchschneidet nun zwischen diesen die Schleimhaut in gewünschter Ausdehnung. Bei dieser Methode hat man den Vorteil, dafs man eventuell Blutgefäfse unterbinden kann, dafs man die Schleimhaut nur so weit notwendig einschneidet und sie nicht mit einnäht. Das von D. bereits 1891 angegebene Verfahren ist nach ihm zweckentsprechender wie das von Kocher empfohlene. Die Seidenfäden vor Durchtrennung der Muskelschicht und am untersten Punkt der Blase sowie unterhalb der Umschlagstelle des Bauchfelles einzulegen, ist weniger sicher und schränkt das Operationsfeld ein.

H. Einhorn-München.

Beziehungen der vorderen Blasengegend zum Bauchfell in den verschiedenen Altersstufen, von Romary. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 10.) Als Ergebnisse der fleifsigen Arbeit läfst sich folgendes erwähnen:

Die Verhältnisse der vorderen Blasengegend sind zahlreichen Variationsursachen unterworfen, wodurch sich die abweichenden Ansichten der Autoren erklären.

Die zu diesem Studium nötigen Prozeduren sind zunächst noch unvollkommen. Die Sektion bringt den Bauchfellsack zu leicht von ihrem Platze, am gefrorenen Leichnam läfst sich die Ausdehnung nicht gut studieren. So ergeben sich Unterschiede zwischen Leichnam und Lebenden, doch läfst sich die Differenz in der Praxis vernachlässigen.

Im Verhältnis zur Symphyse nimmt die Blase einen verschiedenartigen Sitz ein. Beim Fötus und Neugeborenen liegt sie ganz innerhalb des Bauches, nach und nach steigt sie ins Becken herab und erreicht spätestens im Alter von 20 Jahren den innersten Beckenabschnitt, nämlich im leeren Zustande. Ihre Ausdehnung erfolgt auf Kosten der hinteren Wand. Der Blasenscheitel entspricht fast niemals der Anheftung des Urachus. Dieser befindet sich vielmehr vor und unter ihm.

Beim Greise senkt sich die Blase, bei gleichem Inhalt ist dann der Scheitel tiefer gelagert als beim Manne.

Das Bauchfell heftet sich an die Muscularis in verschiedenen Graden an. Unterhalb der Urachus-Insertion ist diese Adhärenz sehr locker, dagegen ist sie sehr eng an diesem Punkte selbst. Immer giebt es vor der ausgedehnten Blase einen peritonealen Blindsack. Dieser ist weniger weit von der Symphyse entfernt, als man im allgemeinen glaubt. Derselbe steigt um so tiefer herab, je älter und wahrscheinlich je magerer das Individuum. Die Berührung des Bauchfells mit der Schamfuge findet man ziemlich oft beim Manne und beim Greis, selbst bei Blasen, deren Kapazität bis zum Doppelten des physiologischen Mafses steigt. Diese anatomischen Befunde stimmen überein mit den klinischen bei vielen Cystotomien und Cystostomien von Poncet gemachten Beobachtungen, bei welchen der peritoneale Blindsack im Niveau der Schamfuge, ja unterhalb derselben sich darstellte. Diese Beziehungen sind also individuell. Unter anderen Faktoren, welche die Lage des Bauchfells beeinflussen können, läfst Poncet auch die Fettüberladung eine Rolle spielen, welche wie bei einem Bruche den Blindsack förmlich hinabzieht.

Die abnormen Verhältnisse sind nicht gerade selten. Erworbene Hernien haben als deutliches Resultat ein Tiefertreten des peritonealen Blindsackes. Vierzehn mal konnte Romary bei Lebenden die Adhärenz des Bauchfells an der Schamfuge auffinden. Bei vielen anderen daraufhin Untersuchten fand sich nichts dergleichen. Gewöhnlich dürften perivesikale Leiden die Ursache dieser Adhäsionen sein.

Mit Rücksicht auf diese individuellen Verschiedenheiten empfiehlt es sich, so oft die Blase an ihrer vorderen Wand geöffnet werden soll, wenn man sicher das Peritoneum nicht treffen will, die Blase durch Einspritzungen nicht auszudehnen, auch den PETERSENschen Ballon als nutzlos und gefährlich nicht anzuwenden. Man soll vielmehr systematisch mit dem hakenförmig gekrümmten Zeigefinger den Bauchfellsack nach oben schieben, nachdem man ihn deutlich erkannt und während der Incision der vorderen Blasenwand festgehalten hat. *Neuhaus-München.*

Enuresis nocturna, von T. O'CONNELL REDMOND. (*The Brit. med. Journ.* 2. Mai 1896.) Verfasser schlug bei einem älteren Patienten, der zwei- bis dreimal die Woche und noch häufiger in der Nacht das Bett näfste, folgende Behandlung ein. Er riet dem Patienten, unmittelbar vor dem Schlafengehen zu urinieren, nach drei Stunden sich durch eine Weckeruhr wecken zu lassen und wiederum die Blase zu entleeren. Gleichzeitig wurden täglich kalte Bäder des Morgens und innerlich eine Mixtur von Eisen, Strychnin und Acidum phosphoricum dilutum verordnet. Die Behandlung hatte unmittelbaren Erfolg. *C. Berliner-Aachen.*

Enuresis nocturna, von CARTER. (*The Brit. med. Journ.* 1. Februar 1896.) Wenn man von denjenigen Fällen absieht, welche einer angeborenen Deformität oder einer schweren Erkrankung des Nervensystems ihr Entstehen verdanken, so kann man in ätiologischer Beziehung unterscheiden Fälle, 1. welche durch eine abdominale, periphere Reizung; 2. welche durch eine abnorme Reizbarkeit des spinalen Harnsekretionszentrums; 3. welche durch abnorme, cerebrale, auf dieses Zentrum wirkende Einflüsse hervorgerufen werden. Verfasser legt im Interesse einer erfolgreichen Behandlung Gewicht darauf, dafs man in jedem einzelnen Falle die Ursache der Enuresis nocturna kennt. Von grofsem Nutzen fand Verfasser die Applikation eines schmalen Blasenpflasters zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Enuresis, von E. N. NASON. (*The Brit. med. Journ.* 8. Februar 1896.) Die 22jährige Patientin litt seit ihrer frühesten Kindheit an Enuresis nocturna und zu häufigem Urinieren. Es verging fast keine Nacht, wo sie nicht ein- bis zwei-, ja dreimal das Bett näfste. Keins der angewandten Mittel hatte Erfolg. Die Patientin verzweifelte bereits an der Möglichkeit einer Heilung ihres Leidens. Verfasser schlug nun folgendes Verfahren ein: Es wurde ein weicher Katheter No. 10 in die Blase eingeführt und durch eine Kautschukröhre mit einem Irrigator, der eine genau abgemessene Quantität einer Borsäurelösung enthielt, in Verbindung gebracht. Der Irrigator wurde 1—2 Fufs hoch erhoben und die Blase unter schwachem Druck bespült. Bei der geringsten Schmerzempfindung der Patientin wurde die Druckhöhe herabgesetzt. Sobald die Blase soviel Flüssigkeit aufgenommen hatte, als sie bequem zurückhalten konnte, wurde die positive Elektrode eines konstanten Stromes über der Lumbalwirbelsäule angelegt und die negative in die Flüssigkeit im Irrigator getaucht. Ein schwacher Strom wurde 10 Minuten lang hindurchgeleitet, und dieses zuerst jeden Abend 14 Tage hindurch, später in gröfseren Zeitintervallen wiederholt. Unter dieser Behandlung lernte die Blase nach und nach gröfsere Quantitäten Flüssigkeit und längere Zeit zurückbehalten. Nach einigen Monaten unausgesetzter Behandlung mit dem elektrischen Strome, der zuletzt nur noch alle 14 Tage einmal angewandt wurde, trat vollkommene Besserung ein, die jetzt bereits 4 Monate anhält.

C. Berliner-Aachen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 5. 1. September 1897.

Aus der dermatologischen Abteilung des Marine-Krankenhauses zu Konstantinopel.

Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome.

Von

Dr. Menahem Hodara,

Chef der dermatologischen Abteilung des Marine-Krankenhauses zu Konstantinopel.

(Mit Tafel I und II.)

Die folgende Untersuchung ist ein Beitrag zu dem von Unna in den *Monatsheften für Praktische Dermatologie*, 1896, Band XXII, aufgestellten Thema.

Weiche Naevi.

v. Recklinghausen hat es zuerst ausgesprochen, dafs die weichen Naevi von den Endothelzellen der Lymphwege ausgehen und dafs demgemäfs die Zellen dieser Naevi Endothelzellen sind. Nach v. Recklinghausen finden sich sämtliche Zellgruppen der Naevi in den Lymphwegen; trotzdem hat er, wie er selber angiebt, niemals ein leidlich deutliches Gefäfslumen in den Zellmassen der Naevi, noch eine regelmäfsige Anordnung der Endothelzellen gesehen, wie sie doch in einem verdickten Endothelium sich darbietet. Diese Lehre v. Recklinghausens wird von Green,[1] Bauer[2] und einer gröfseren Reihe anderer Forscher energisch unterstützt und Bauer behauptet sogar, dafs sämtliche Wände der Lymphwege der Naevi verändert seien. Nur eine russische Forscherin, Alexandra Bogolinboky,[3] spricht sich gegen v. Recklinghausen aus und tritt teilweise der früher von Damieville aufgestellten Behauptung bei, dafs die Zellen der Naevi perivaskulär gelagert seien und in Beziehung zu den Blutgefäfsen ständen; sie ist ferner auch der Ansicht, dafs einzelne dieser Naevuszellen nicht nur in die Lymphgefäfse und Lymphspalten, sondern auch in das periphere Gewebe geraten. Diese letztere Behauptung hält sie dadurch für erwiesen, dafs sich in der Epidermis und in den Follikel-

[1] *Virchows Archiv.* Bd. 34, S. 331.
[2] *Virchows Archiv.* Bd. 143, S. 407.
[3] Inaug.-Diss. Bern. 1887.

scheiden Gruppen von Zellen befinden, die denen der Naevi entsprechen. Sie hat auch die Lymphgefäfse injiziert und gefunden, dafs die meisten derselben das Stroma an der Seite von Gruppen von Naevuszellen durchsetzten.

Unna hat dann die v. Recklinghausensche Lehre von dem endothelialen Ursprung der Zellen der Naevi umgestofsen und die Abkunft dieser Zellen von den Epithelien behauptet. Er äufsert sich darüber in seiner *Histopathologie* (S. 1147) folgendermafsen: „Der weiche Naevus besitzt eine ganz strenge histologische Definition. Es ist eine oft schon embryonale Deposition von Epithelien in den oberen Teilen der Cutis, welche durch den Verlust der Epithelfaserung ihre Starrheit verloren haben. Daher ist die entstehende Geschwulst weich, wie etwa eine plasmomatöse Zelleninfiltration.“ Und weiter auf S. 1150 heifst es: „Alle pigmentierten und nicht pigmentierten, flachen, beetförmig erhabenen Naevi, welche man von Neugeborenen und Kindern entnimmt, offenbaren nämlich einen direkten Zusammenhang des Deckepithels und an follikelreichen Hautstellen auch der Stachelschicht des Haarbalges, ja sogar der Knäueldrüsengänge mit den Zellsträngen des Naevus. Stets geht mit diesem kontinuierlichen Übergang einer Bildung in die andere eine Metaplasie der Stachelzellen zu weichen, plastischen, amöbenartigen Klümpchen ohne Stachelpanzer und ohne Epithelfaserung einher, die aber als Wahrzeichen ihrer epithelialen Natur und Abstammung stets ihre ovalen, bläschenförmigen, hellen Kerne und die weitere Eigenschaft behalten, mit ihren Nachbarepithelien ohne Dazwischenkunft von Intercellularsubstanz im unmittelbaren Zusammenhang zu bleiben. Und stets zeigen diese metaplastischen Epithelkomplexe die Neigung, sich von dem fasertragenden Epithel als rundliche Ballen und Stränge abzuschnüren, worauf sie sofort vom Bindegewebe der Cutis umwachsen und vollständig isoliert werden.“

Nach Unna hat dieser Prozefs der Abstofsung von Epithelkernen nicht nur während des Embryonallebens, sondern auch während des Fötallebens und selbst nach der Geburt auch statt, und in vielen Fällen hört er niemals ganz auf.

Diese Unnasche Theorie ist von keinem der vorhin erwähnten Forscher anerkannt und auch die späteren Autoren, wie Lubarsch[4] und Jadassohn[5] hielten sich zur Ansicht von v. Recklinghausen. Ebenso äufserten sich auf dem vorjährigen Kongrefs zu Lübeck Ribbert und Israel gegen die Unnasche Lehre von der epithelialen Abkunft der Zellen der Naevi, trotzdem Unna an seinen Präparaten die verschiedenen morphologischen

[4] *Ergebnisse der allgemeinen Morphologie und Physiologie des Menschen und der Tiere.* Herausgegeben von Lubarsch und Ostertag. 1895. Wiesbaden, Bergmann. S. 879.

[5] Zur Kenntnis der „systematisierten Naevi“. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895.

Eigenschaften der Zellen nachwies, die gegen die Theorie von v. Recklinghausen sprechen.

Dagegen stellte sich Delbanco[6] auf Grund seiner Befunde an einem weichen Naevus, den er im pathologischen Institute zu Königsberg untersucht hatte, ganz auf Seiten Unnas und wies die widersprechenden Ansichten der Gegner entschieden zurück. Das Ergebnis seiner Arbeit gipfelt in folgenden Sätzen: „Die Zellenlagerung im Bindegewebe bei der Naevusbildung in unserem Falle setzt sich neben den gewucherten Bindegewebszellen zusammen aus Epithelien und Epithelabkömmlingen. Die Epithelien liefern ganze Zellkomplexe und vereinzelte Elemente. Die Zellkomplexe sind abgeschnürte oder in Zusammenhang gebliebene Auswüchse der Zapfen und Haarbälge. Die Auswüchse wachsen zum Teil, wie Fig. 2 lehrt, in Lymphgefäfse hinein. Die vereinzelten Epithelien werden ebenfalls durch eine Wucherung des Bindegewebes verlagert. Die Epithelabkömmlinge, die Naevuszellen, sind entweder abgeschnürte metaplasierte Epithelien oder Wucherungen letzterer, bezw. Wucherungsfolgen abgeschnürter, noch gestachelter Epithelien. Die wuchernden, metastasierten Epithelien zeigen sich vielfach innerhalb der Lymphgefäfse, in welche sie sich — vielleicht weil der Lymphapparat ihnen den geringsten Widerstand leistet — einschieben. Da die Papillenspitzen keine endothelumsäumten Lymphspalten führen, mufs es sich, wo endothelumsäumte Naevusnester an die Epidermis andrängen, um maximal erweiterte Lymphgefäfsabschnitte handeln."

Ehe ich nun darangehe, die pathologische Veränderung der Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome zu beschreiben, sei es mir gestattet, eine kurze Schilderung dieser Epithelfaserung, wie sie sich in der normalen Epidermis vorfindet, zu entwerfen, sowie auch mein Färbungsverfahren anzugeben.

Färbungsverfahren.

1. Man läfst das Präparat zuerst eine Viertelstunde lang in einer konzentrierten alkoholischen Lösung von Gentianviolett, dem etwas Anilinwasser zugesetzt ist, liegen. Darauf fixiert man 3—5 Minuten in einer Jodkaliumlösung, die mit einigen Tropfen H_2O_2 vermischt ist. Dann wird getrocknet und mit einer Lösung entfärbt, die aus 10 Tropfen Anilin und 20 Tropfen Xylol (man kann sich dazu eines einfachen Tropfgläschens bedienen) zusammengesetzt ist. Wenn der Schnitt keine Farbe mehr abgiebt, so wäscht man mit Xylol und trägt endlich den Kanadabalsam auf. Man sieht, dies Verfahren entspricht fast genau dem von Kromayer angewandten.

[6] Epithelialer Naevus. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXII. 1896.

2. Man färbt das Präparat eine halbe Stunde lang auf dem Objektträger mit Gentianalaun (Grübler), darauf spült man im Wasser ab und trocknet mit Filtrierpapier. Man fixiert alsdann 10 Minuten lang in einer Lösung von Jodkalium und Wasserstoffsuperoxyd, trocknet von neuem und entfärbt 2—3 Minuten lang in einer Lösung von 1 Teil Anilin auf 4 Teile Xylol (welche Lösung durch Abwägen und nicht durch Zählen der Tropfen herzustellen ist). Man entfärbt dann nochmals in einer Lösung von Anilin und Xylol ā (immer abzuwägen). Schliefslich wäscht man in Xylol und verschliefst mit Kanadabalsam.

Die normale Epithelfaserung.

Wenn man den Lauf der Epithelfasern von der unteren Schicht der Epidermis gegen die Oberfläche hin verfolgt, so gewahrt man, wie sie in fast jede Stachelzelle in folgender Weise eindringen: Stellt man eine Stachelzelle zur Beobachtung ein, so sieht man, wie von 3—4 anderen Zellen die unmittelbar unter und neben ihr gelagert sind, Epithelfaserbündel in sie eindringen, und zwar die von unten aufsteigenden in senkrechter Richtung, die von der Seite kommenden in schräger Richtung. Alle diese Fasern kreuzen sich regellos auf dem Kern und Protoplasma der Stachelzelle und bedecken letzteres zuweilen gänzlich. Die Fasern durchsetzen das Protoplasma der Zelle in gerader, gekrümmter oder winkelig gebrochener Linie, zuweilen auch in Spiralwindungen u. s. w, und dringen in regelloser Weise in die 3—4 oberhalb gelagerten Zellen ein, die den unteren Zellen fast diametral gegenüber liegen. Auf diese Weise ist jede einzelne Stachelzelle durch Epithelfasern mit 6—9 Zellen ihrer Umgebung verbunden.

Die Dicke der Epithelfasern ist sehr verschieden; auf der einen Seite der Zelle z. B. sind sie oder die intercellulären Stacheln beträchtlich dick, auf der anderen Seite dagegen zart und dünn, oder sie verjüngen sich in ihrem Verlauf, indem sie beim Eintritt in das Protoplasma dünner zu werden scheinen. Im allgemeinen besitzen die spiralig gewundenen Fasern die gröfste Dicke; es sind dies die wohlbekannten Spiralen Herxheimers, die bald zwischen den Zellen verlaufen, bald ihren Rand streifen oder mitten durch sie hindurch gehen. Das auf und in dem Protoplasma der Zellen auflagernde Netz, das durch die Kreuzung der Epithelfasern zu stande kommt, wird häufig durch eine homogene protoplasmatische Masse, die das Protoplasma gleichmäfsig färbt, verdeckt.

Die beiden Enden der Epithelfasern sind schwer aufzufinden. Nach oben hin konnte ich die Fasern bis zur obersten Zellreihe der Körnerschicht verfolgen; hier werden sie immer dünner, spärlicher und schlechter färbbar. Nach der Richtung der Cutis hin machen die meisten Fasern nach ihrem Austritt aus der Epidermis vor der Grenze

des Papillarkörpers Halt; einzelne dringen noch mehr oder weniger tief in diesen ein, indessen läfst sich hier ihr Ende nicht mehr mit Sicherheit nachweisen.

* * *

Ich habe nun an zwanzig weiche Naevi der verschiedensten Formen untersucht, flache und erhabene, molluscoide u. s. w., mehr oder weniger stark pigmentierte, und mufs ebenfalls die Unnasche Epitheltheorie für richtig anerkennen.

Bei einer grofsen Zahl der von mir untersuchten Naevi konnte ich schon nach der Färbung mit Methylenblau und Orcein an mehreren Stellen die direkte Umwandlung von Epidermiszellen in Naevuszellen sowie den Zusammenhang dieser beiden Arten von Zellen erkennen. So gewahrt man an der unteren Fläche der Epidermis, an den Haarbälgen, Scheiden und an einer grofsen Zahl von Epithelleisten, die auf ihren Enden oder den Seiten eine Reihe gelockerter oder abgeschnürter Zellen aufweisen; diese Zellen sind im Papillarkörper zerstreut und bilden die Naevuszellen. Man sieht sehr schön alle die Übergangsformen von normalen, noch mit Stacheln versehenen Epidermiszellen und von gelockerten, oder abgestofsenen Zellen in Naevuszellen. Die meisten Kerne der Naevuszellen haben genau die gleiche ovale Form, die gleiche Gröfse und das gleiche Aussehen wie die Epidermiszellen. Man gewahrt Gruppen von Zellen, die noch zusammenhängen, d. h. unversehrte Teile der Epidermis, die sich abgeschnürt haben, oder Leistenteile in Form cylindrischer Gruppen oder ovalärer Blöcke, oder keulenförmige Massen oder ungeordnete Haufen; und die nämlichen Massen findet man auch wieder neben einzelnen Naevuszellen im Papillarkörper; ja, hier setzt der Prozefs sich noch weiter fort, indem auch hier immer wieder nachträglich kleine Zellgruppen oder einzelne Zellen von den Epidermisfetzen sich ablösen. An einzelnen Stellen liegen am unteren Teil der Epidermis und auf den Leisten zu rundlichen Haufen zusammengeballte Zellen, die ebenfalls in nur noch lockerem Zusammenhang mit der Epidermis stehen. Zum Teil sind diese rundlichen Haufen dort, wo ihre Verbindung mit der Epidermis aufgehoben ist, von Bindegewebsfasern der Cutis umhüllt. Diese rundlichen Haufen sind, soweit sie sich ganz von der Epidermis getrennt haben, in Form einer Alveole völlig von einer Bindegewebskapsel umhüllt, und zwar liegt diese Alveole am unteren Teil der Epidermis oder mehr oder weniger tief in der Cutis. Diese Zellnester liegen regellos zwischen losgelösten Epidermisfetzen oder zwischen Haufen von Naevuszellen, die bald cylindrische, bald ovaläre Form besitzen, bald wieder in Form von schmalen Strängen oder als formloser Haufen dichtgedrängter Zellen vorhanden sind.

Da, wo die Epidermis im Zustand der Abstofsung sich befindet, sieht sie sehr verschiedenartig aus, indem sie an einer Stelle schon ganz dünn ist, an anderer dagegen noch teilweise dick erscheint. Auch die Leisten sind infolge der allmählichen Abtrennung der Zellen von ihren unteren und Seitenflächen ganz ungleichmäfsig; im allgemeinen aber hängen die Zellmassen der Naevi noch unmittelbar mit denjenigen Teilen der Epidermis und der Leisten zusammen, die im Zustand der Abstofsung sich befinden. An mehreren Stellen des Naevus hat dieser Prozefs der Abschnürung bereits aufgehört; hier ist die Epidermis dann durch wechselnd grofse Abschnitte der Cutis von den Naevuszellen getrennt und erscheint auch meistens geglättet, flach, sehr dünn, mit nur wenigen, noch dazu sehr kleinen Leisten besetzt. Die Naevuszellen erstrecken sich von der Epidermis bis in verschiedene Tiefen der Cutis und erreichen zuweilen sogar die Subcutis; sie sind im Gewebe der Cutis ungleichmäfsig verteilt, bald sind sie zu Strängen gruppiert, bald bilden sie cylindrisch geformte Haufen von verschiedener Gröfse und bald endlich diffuse Massen. Dort, wo die Naevuszellen unregelmäfsig angehäuft sind, sind die kollagenen Fasern der Cutis überall unregelmäfsig auseinander gerissen und verdünnt; auch sind einzelne umfangreiche Zellhaufen völlig von mehr oder weniger kreisrunden Bindegewebskapseln eingeschlossen, während im Innern dieser Kapseln die einzelnen Zellen wiederum bisweilen durch ein Septum immer dünner werdender und manchmal kaum noch sichtbarer Bindegewebsfasern von einander getrennt sind. Nur wenn die Naevuszellen wenig zahlreich sind, bewahren die kollagenen Fasern ihr derbes Kaliber.

Bei den meisten der von mir untersuchten jungen weichen Naevi finden sich die Zellen in cylindrischen, teils senkrecht, teils schräg stehenden Gruppen auf der oberen Schicht der Cutis, und diese einzelnen Gruppen sind mehr oder weniger parallel und durch Abschnitte der Cutis von einander getrennt. Je tiefer man aber in die Cutis eindringt, um so umfangreicher sieht man die Gruppen von Naevuszellen werden und im untersten Teil der Cutis bilden sie grofse diffuse, formlose Massen. Dies Verhalten ist bereits von UNNA erwähnt, der es auch gegen die endotheliale Theorie von v. RECKLINGHAUSEN verwertet, denn für gewöhnlich sind die Lymphgefäfse in den tieferen Schichten der Lederhaut viel deutlicher ausgebildet, während sich die Naevuszellen gerade umgekehrt an den unteren Teilen der Cutis meistens in grofsen ungeordneten Haufen ansammeln. Auch darin stimmen meine Befunde mit dem, was UNNA in seiner Histopathologie lehrt, überein, dafs ich niemals Naevuszellen in solcher konzentrischen Anordnung getroffen habe, wie wir sie doch beim normalen Endothel der natürlichen Lymphwege kennen, und dafs ich niemals ein regelrechtes Lumen in jenen Gruppen von Naevuszellen entdeckt habe. Zum Überflufs gewahrt man noch mehrere leere Lymphgefäfse,

und man kann in einzelnen von ihnen oder von den Lymphspalten vereinzelte Naevuszellen erkennen, die dahinein geraten sind; die meisten Naevuszellen freilich finden sich im Gewebe der Lederhaut, getrennt von einander durch mehr oder weniger verdünnte kollagene Fasern. Die Kerne der Naevuszellen sind zum gröfsten Teil wohl und vollkommen mit denen der Epithelien identisch. Hin und wieder stöfst man auch auf eine Wucherung spindelförmiger Bindegewebszellen der Cutis.

Die epitheliale Herkunft der Naevuszellen ist an den Punkten am deutlichsten, wo der Abschnürungsprozefs vor sich geht, denn hier sieht man, wie bald ein ganzes Stück Epidermis von wechselnder Gröfse, bald ein Block ovalärer, eingekapselter Zellen, bald endlich zahlreiche einzelne Epidermiszellen sich loslösen und in die Cutis sinken; man kann hier die Umformung der Epidermiszellen in Naevuszellen mit der gröfsten Deutlichkeit verfolgen, während sich noch an mehreren Stellen Epidermis und Leisten in unmittelbarer Verbindung mit den Naevuszellen befinden. Mitosen habe ich in den Gruppen von Naevuszellen nicht beobachtet. Bei den meisten von mir untersuchten Naevi war der Prozefs der Abstofsung auf mehr oder weniger grofse Strecken der Epidermis noch nicht erloschen; derselbe schien mir bei wenigen älteren Naevi fast ganz abgelaufen, so dafs die Epidermis hier überall flach und sehr verdünnt war und durch bald gröfsere, bald kleinere Teile der Cutis von den Naevuszellen getrennt wurde; letztere waren klein, atrophisch und flach und durchsetzten die ganze Lederhaut bis zur Subcutis in parallelen Zügen. Von derartigen Naevi ist auch bei Unna die Rede, er hält sie für alte Muttermäler, bei denen die Epithelkeime während des embryonalen Lebens abgelagert wurden, während bei den Naevi mit lebhaftem Abstofsungsprozefs diese Epithelkeime nach seinem Dafürhalten während des Fötallebens oder gar erst während der Kindheit sich loslösen.

* * *

Wie schon erwähnt, ist nach Unna die Loslösung der Epidermiszellen eine Folge des Verschwindens der Epithelfasern, und nach demselben lassen sämtliche in die Lederhaut geratenen Zellen und Zellgruppen keine Spur von Epithelfasern oder intercellulären Stacheln mehr erkennen. Nur einzelne grofse losgelöste und nicht pigmentierte Epidermisfetzen können nach Unna noch eine Andeutung von Epithelfasern besitzen, im Gegensatz zu den pigmentierten Zellklumpen, die nichts derartiges mehr aufweisen. „Und während die abgeschnürten, unpigmentierten Epithelnester noch oft eckige und zackige Formen aufweisen und einzelne Reste von stacheltragenden Epithelien enthalten können, zeigen die pigmentierten

Epithelnester von vornherein die Form ganz runder Ballen, an denen jede Spur von Epithelfaserung verloren gegangen ist."

Auch diese von UNNA aufgestellte Theorie über die Epithelfasern kann ich nur bestätigen. Zur Färbung dieser Elemente der Naevi habe ich mich des Verfahrens bedient, dessen ich bereits vorhin erwähnte. In den Naevuspräparaten, welche nach der Methode der Epithelfaserung gefärbt sind, sieht man, wie die normalen Epithelfasern, wenn sie bis zu jenem Punkt hinabgelangt sind, wo die Zellen oder die eiförmigen Zellblöcke oder die Epidermisteile sich ablösen, sich nur noch schwach, sehr schwach färben, und wie einzelne gelockerte Epidermisteile nur noch durch wenige ganz blasse und degenerierte Fasern sich mehr oder weniger halten. An anderen Stellen, wo die Epidermisfetzen schon fast ganz abgeschnürt sind, gewahrt man zwischen der normalen Epidermis und den abgeschnürten Zellhaufen einzelne degenerierte und schwach gefärbte, zuweilen kaum sichtbare Fasern, die gebrochen oder zerfallen sind, ja, häufig kann man auch noch die abgebrochenen Enden und die zerfallenen Teile einzelner, degenerierter Fasern erkennen. Im Innern der grofsen Epidermisstücke, die unverändert in die Cutis gelangt sind, befinden sich allemal Epithelfasern und Intercellularstachel, während die Zellen ihr Protoplasma immer gut erhalten haben. Von denselben lösen sich wieder kleinere Gruppen ab und zwischen beiden Teilen bemerkt man blasse degenerierte oder zerfallene Fasern. Ebenso verhält es sich auch mit den zahlreichen einzelnen Zellen, die sich von der unteren Fläche der Epidermis, von den Leisten oder von den abgelösten Epidermisstücken abschnüren; denn wiederum büfsen die normalen, gut gefärbten Fasern ihre Färbbarkeit ein, sowie sie sich diesen Zellen nähern; etliche der Zellen aber, die schon ganz abseits liegen, hängen doch noch mittelst schwach gefärbter Fäden mit der Epidermis zusammen, und man sieht auch, dafs einzelne dieser degenerierten Fasern zerfallen sind. Auch an den runden Ballen von Zellen, die teilweise oder ganz eingekapselt sind, nimmt man die nämlichen Veränderungen wahr; ein solcher Ballen ist an der Stelle, wo seine Kapsel fehlt, mit den Nachbarzellen durch Fasern, die häufig schwach gefärbt und zum Teil auch gebrochen oder zerfallen sind, verbunden. Aber erst wenn der Zerfall dieser die Zellklumpen mit den Nachbarzellen verbindenden Fasern ein vollständiger ist, werden die Zellballen ganz von Bindegewebsfasern eingekapselt und in Form von Alveolen in der Cutis isoliert. Innerhalb dieser eingekapselten Alveolen sind einige Zellen mit einander verbunden, andere wieder sind mehr oder weniger locker oder von einander losgelöst. Die Zellen innerhalb dieser eingekapselten Nester, welche dicht neben einander liegen, behalten ihr Protoplasma, welches mehr oder weniger degeneriert und nur schwach färbbar ist, und sind durch einige sehr blasse Intercellularfasern mit einander

verbunden. Diejenigen Zellen innerhalb der Alveolen, die keinen Zusammenhang mit den Nachbarzellen mehr aufweisen, entraten auch jeder Spur von Intercellularfasern, ihr Protoplasma degeneriert noch mehr, homogenisiert, wird immer blasser und fast unsichtbar. Besonders in den rundlichen Zellhaufen, die voll von Pigment sind, fehlt fast immer, wie UNNA mit Recht hervorhebt, fast jede Spur von Protoplasma und von Intercellularfasern; dies Verhalten legt die Vermutung nahe, dafs das Pigment die Zerstörung von Protoplasma und Fasern beschleunigt.

Bei den Naevi ist die Menge des Pigments grofsen Schwankungen unterworfen; der eine Naevus enthält grofse Mengen desselben, der andere ist recht pigmentarm. Im allgemeinen ist der Farbstoff im Papillarkörper und im unteren Teil der Epidermis sehr reichlich vorhanden und lagert hier auf den Zellen oder auf kleinen Zellenhaufen, die entweder nur gelockert oder schon ganz von der Epidermis abgelöst sind und in Form kleiner Nester bald mehr, bald weniger tief in den Papillarkörper und die Cutis eingebettet sind. An einzelnen Stellen ist auch die ganze Epidermis vom Pigment durchsetzt. Auch in der Cutis ist seine Verteilung eine ungleichmäfsige, bald findet es sich im Bindegewebe, bald in den Naevuszellen, bald in den Spindelzellen; auch seine Form ist hier keine beständige, vielmehr sehen wir es einmal in Gestalt ovaler Kügelchen, dann als formlose Klümpchen oder als sternförmige Körperchen u. s. w., und alle diese Pigmentmassen bestehen aus verschieden grofsen Körnchen. In den mittleren und unteren Schichten der Cutis ist der Farbstoff im allgemeinen nur spärlich vertreten.

Resumé.

Die Abschnürung von Teilen der Epidermis in Form von unversehrten Zellgruppen oder eingekapselten Zellballen oder auch von einzelnen Zellen ist also eine Folge der Degeneration oder des Bruches und des Zerfalls der Epithelfasern an den betreffenden Punkten. Die UNNAsche Theorie von dem Schwund der Epithelfaserung an den Punkten der Epidermisabschnürung findet demnach durch mich ihre Bestätigung, und zwar ist dieser Schwund nach meinen Untersuchungen eine Folge der Degeneration und des Zerfalls der Epithelfasern. Denn die Zellen der grofsen, von der Epidermis abgeschnürten Zellgruppen enthalten sowohl Epithelfasern wie auch Intercellularstachel, beide schwinden aber, je mehr die Zellen sich aus ihrem Zusammenhang lösen. Aber bei allen Zellen, die sich einzeln von der Epidermis abgeschnürt haben und in regellosen, in cylindrischen, in ovalären u. s. w. Gruppen oder als diffuse Haufen in der Cutis lagern, ist keine Spur von verbindenden Epithelfasern mehr zu entdecken. Bei den Präparaten, die nach der Methode der Epithelfasern gefärbt wird, kann

meines Erachtens über die Richtigkeit der Unnaschen Anschauung kein Zweifel mehr bestehen, denn man kann die Abschnürung der Epidermiszellen und ihre Umwandlung in Naevuszellen hier sehr deutlich verfolgen.

Das alveoläre Carcinom.

Das alveoläre Carcinom ist eine Art von Krebs, welcher sich dadurch charakterisiert, daſs sich die Epidermiszellen von der Oberfläche einzeln oder gruppenweise ablösen und sich in die Cutis senken, wo sie an verschiedenen Punkten proliferieren und sich immer in Form von Alveolen einkapseln. Das infolge eines Naevus entstandene Carcinom gehört zu dieser Form von Krebs.

Unna beschreibt in seiner Histopathologie das alveoläre Carcinom folgendermaſsen: Dasselbe stellt einen Typus der Krebsbildung dar, bei welchem sich nach einander einzelne Gruppen von Zellen von der Oberflächen-Epidermis ablösen, indem die Epithelfaserung an diesen Stellen verschwindet. Diese abgelösten Zellhaufen geraten in die Cutis, woselbst sie von Bindegewebskapseln in Form verschieden groſser Alveolen umhüllt und isoliert werden. Die Krebszellen der Cutis proliferieren in reichlichem Maſse und diese Proliferation beginnt gleichzeitig an ganz verschiedenen Punkten. Diese umgebildeten Epithelzellen lösen sich dann allmählich ab und kapseln sich in Form von Alveolen ein. Die Krebszellen eines derartigen Carcinoms haben nach Unna einen ganz eigenartigen Bewegungsmodus — was Waldeyer übrigens schon vorher beobachtet hatte.

Ein solches Carcinom dringt immer mehr in die Tiefe, ohne dabei seinen alveolären Bau einzubüſsen. Nach Unna besitzen die von der Oberfläche losgelösten Zellhaufen sowie die Gruppen von Krebszellen der Cutis keine Spur mehr von Epithelfaserung oder intercellulären Stacheln. Die einzelnen Zellklumpen stehen dicht neben einander; ihre Ränder sind glatt oder ganz fein gezackt und der Bau ihres Protoplasmas ist nicht faserig, sondern exquisit schaumig, mit verschieden groſsen Poren. Die Krebszellen der Cutis sind lose und keineswegs durch Epithelfasern mit einander verbunden. Nach Unna gilt als Grundlage für den alveolären Typus der Mangel von Epithelfaserung und Verbindung der Zellen einerseits, sowie die kubische oder facettierte Form der Krebszellen andererseits. Wie Ranvier so erblickt auch Unna in der Epithelfaserung durchaus nicht eine eigentliche protoplasmatische Thätigkeit der Epithelzellen, sondern nur ein System, das die Aufgabe hat, das Oberflächenepithel kräftiger und widerstandsfähiger zu machen. Darum fehlt diese Epithelfaserung nach Unna auch im embryonalen Epithel und verschwindet bei einzelnen carcinomatösen Wucherungen. Diese Krebsform hat die Neigung zur Verflüssigung und zur Bildung von sehr groſsen epithelialen

Riesenzellen mit zahlreichen Kernen, in welch' letzteren umfangreiche und komplizierte Mitosen beobachtet werden. Die Verflüssigung ist fast immer endo-epithelial, aber peri-nucleär; in den Riesenzellen bemerkt man hin und wieder zahlreiche Vacuolen und ab und zu stöfst man auch auf Haufen verflüssigter Zellen sowie auf Trümmer aus Protoplasma und Kernen. Nach UNNA hat das Pigment da, wo es im Ueberfluſs vorhanden ist, zwar einen gewissen Einfluſs auf den Schwund der Epithelfasern und auf die Zellproliferation, ist aber doch wohl nicht deren einzige Ursache, da die nämlichen Veränderungen sich auch dort einstellen, wo von Pigment nichts vorhanden ist. — Das ist in kurzem ungefähr die Beschreibung, die UNNA in seiner Histopathologie von dem alveolären Carcinom giebt.

* * *

Ich habe 5 Fälle von alveolären Carcinomen untersucht, von welchen die letzten 4 infolge eines Naevus entstanden sind (Naevo-Carcinome). Mein erster Fall von alveolärem Carcinom stammt von einem Krebs des Fuſses, die Schnitte wurden zuerst mit Methylenblau und Orcein gefärbt, um einen Überblick über das Präparat zu gewinnen. Man gewahrt am unteren Teil der Epidermis hier und da Zellen sowie Zellhaufen, die teils nur noch in lockerer Verbindung mit den Nachbarzellen stehen, teils sogar schon im Begriffe sind, sich von der Epidermis loszulösen und in die Cutis zu sinken.

An der Grenze des Papillarkörpers, dicht unter den Einzelzellen oder Zellhaufen, die teilweise gelockert sind, befinden sich aus Bindegewebe gebildete Kreisausschnitte, welche jene gelockerten Zellhaufen umgeben und abgrenzen. An denjenigen Stellen, an denen die Lockerung schon weiter vorgeschritten ist, sind auch die abgrenzenden Kreislinien gröſser, und dort endlich, wo die Zellklumpen bereits ganz von der Epidermis losgelöst sind, liegen sie gänzlich innerhalb eines Kreises von Bindegewebsfasern, der sie im Papillarkörper alveolenartig abschlieſst. Auf diese Weise sieht man an der unteren Grenze der Epidermis verschiedene kleine, neugebildete Alveolen, zwischen denen dann wiederum noch unveränderte Epidermis liegt. An einzelnen Stellen sind sämtliche Zellen bis zur Körnerschicht gelockert und von der Epidermis abgelöst und sinken nun einzeln oder haufenweise in die Cutis. Dadurch besteht die Epidermis an einzelnen Punkten nur noch aus einer bis zwei Reihen Zellen, alles übrige ist bereits in die Cutis gesunken. In dieser letzteren findet man auch, bald oberflächlicher, bald tiefer, einzelne von der Epidermis abgestoſsene Zellhaufen, die nicht in Alveolen eingeschlossen sind. Wenn der Prozeſs der Zellablösung beendet ist, so bleibt eine flache und glatte Epidermis mit nur wenigen Zellreihen zurück. Unterhalb dieser so

veränderten Epidermis folgt eine verschieden grofse Cutisschicht, durch welche die Epidermis von zahlreichen Krebsnestern, die bald oberflächlicher, bald tiefer in der Cutis liegen, getrennt wird. Während dort, wo der Prozefs der Zellauflockerung noch nicht abgeschlossen ist, die Alveolen unmittelbar unter der Epidermis und in unmittelbarer Berührung mit ihr sich befinden, sind sie über die ganze Cutis und zum Teil auch noch über die Subcutis ausgestreut. Einzelne dieser Alveolen sind ganz klein und bestehen nur aus einer, zwei oder vier Zellen, andere wieder enthalten grofse Haufen von Zellen. Die letzteren liegen in der Regel im oberen Teil der Cutis. Sämtliche Alveolen sind von Bindegewebskapseln umhüllt oder durch ein Stroma von Bindegewebsfibrillen getrennt, welche durch die angehäuften proliferierten Krebszellen der sich konstant bildenden Alveolen immer mehr verdünnt werden. Die Bindegewebsfibrillen sind dort am meisten verdünnt, wo die Krebszellen in gröfster Menge vorhanden sind und am dichtesten liegen; diese sehr verdünnten Bindegewebsfibrillen verlaufen manchmal hier und da in den Alveolen zwischen den Zellen; und auf diesen Bindegewebskapseln und Fibrillen sieht man stellenweise schmale Bindegewebskerne, von denen einige reihenweise in der Richtung der Kapseln oder der Fibrillen liegen. An der unteren Grenze des Carcinoms stöfst man auf einen Wall von Plasmazellen, durch welchen dasselbe von den gesunden Teilen abgegrenzt wird.

Die Krebszellen der Cutis, die bald innerhalb, bald aufserhalb der Nester liegen, haben ein grofses Protoplasma und einen viel umfangreicheren Kern als die normalen Epithelzellen. Die meisten dieser Zellen sind viereckig, polyedrisch oder mehr oder weniger kubisch. Der Kern ist eiförmig, bald hell, bald dunkel und reich an Chromatin. An den Krebszellen der Cutis, aber auch an den Zellen der Epidermis beobachtet man zahlreiche Mitosen mit den verschiedensten bizarren Formen. Auch kommen noch in gröfserer Menge mächtige Krebszellen mit 2, 3 und mehr Kernen, wie die Riesenzellen, vor. Innerhalb sowohl wie aufserhalb der Nester befinden sich die Krebszellen teils noch im innigen Zusammenhang, teils ist ihre Verbindung schon gelockert, oder sie sind endlich ganz von einander getrennt, und im Innern der Alveolen lehnt sich eine Reihe von Zellen kranzförmig an die Wand der Bindegewebskapseln.

Die Veränderungen an den Epithelfasern.

Färbt man die Schnitte nach den vorhin angegebenen Methoden der Epithelfaserung, so kann man die Veränderungen an den Epithelfasern sehr schön erkennen. So wie bei den Naevi gewahrt man auch hier an dem unteren Teil der Epidermis, dort, wo einzelne Zellen oder Zellhaufen sich schon von den übrigen Zellen mehr oder weniger losgelöst

haben, dafs die Epithelfasern, die normaler Weise stark gefärbt sind, sowie sie in das Gebiet der aufgelockerten Zellen gelangen, zum gröfsten Teil die Farbe nur wenig annehmen, dafs also diejenigen Fasern, die zwischen den losen und den benachbarten gesunden Zellen liegen, verändert und degeneriert sind. Zwischen den einzelnen Zellen und Zellenhaufen, die aus dem Zusammenhang mit der Oberflächen-Epidermis schon fast ganz gelöst sind, und den normalen Zellen verlaufen bereits degenerierte, verlängerte und nur sehr schwach gefärbte Epithelfasern, die zum allergröfsten Teil gebrochen oder zerfallen sind. Einzelne gelockerte Epidermisfetzen, die sehr bald in die Cutis sinken werden, hängen mit der Oberflächenepidermis nur noch durch eine geringe Zahl, zuweilen nur noch durch 1—2—3 stark degenerierte Fasern zusammen, welch' letztere ebenfalls dem Zerfall sehr nahe sind. Aus diesem Verhalten kann man schliefsen, dafs die Loslösung der einzelnen Zellen oder der Zellgruppen von der Oberflächenepidermis eine Folge der Epithelfaserveränderung ist, indem diese zuerst degenerieren und sich schwächer färben, darauf sich dehnen und schliefslich zerfallen; einzelne dieser stark degenerierten und zerfallenen Fasern gewinnen ein körniges Aussehen und verlieren ihren fibrillären Charakter mehr oder weniger.

Der Bau des Protoplasmas der carcinomatösen Zellen läfst sich an Präparaten, die nach Unnascher Methode gefärbt sind, recht gut erkennen (Methylenblau polychromicum, Anilin - Alaun), doch kann man auch ganz wohl die zuerst genannte Methode zur Färbung der Epithelfasern verwenden; nur habe ich hier eine kleine Veränderung vorgenommen, indem ich mit einer Lösung von 10 Tropfen Anilin auf 30 Tropfen Xylol (anstatt sonst 20 Tr.) entfärbt habe.

In den nach dieser Weise gefärbten Präparaten der alveolären Carcinome erhält man von dem Bau der Krebszellen der Cutis folgendes Bild. Der Bau des Protoplasmas sämtlicher Krebszellen der Cutis, die sich an der Innenseite oder an der Aufsenseite der Alveolen befinden, ist genau so, wie ihn Unna beschrieben hat, wabenartig oder schaumig, und setzt sich aus lauter kleineren und gröfseren Poren zusammen. Dabei gewinnen einzelne Krebszellen stellenweise ein netzförmiges oder fibrilläres Aussehen, und zwar dadurch, dafs die Ränder ihrer Poren sich unregelmäfsig durchkreuzen, oder durch die Vereinigung der Porenränder zu geknickten, unregelmäfsigen Linien. In Wirklichkeit ist das Protoplasma dieser Zellen aber gar nicht fibrillär; es besteht nicht aus longitudinalen Fasern und enthält keine Spur von epithelialen Fasern. Manchmal färbt sich das Protoplasma einzelner Zellen stark und einförmig, wodurch sein wabenförmiges Aussehen an diesen Stellen verdeckt wird. Bei den Riesenkrebszellen, die innig mit einander verwachsen sind und keinen intercellulären Zwischenraum aufweisen, setzt sich das Protoplasma einer Zelle

unmittelbar in dasjenige der Nachbarzellen fort, so dafs alle diese eng verbundenen Zellen nun ein grofses, wabenartiges Protoplasma mit mehreren Kernen zu besitzen scheinen. Da, wo die Krebszellen etwas weniger dicht neben einander stehen, kann man in den intercellulären Zwischenräumen deutlich protoplasmatische Fortsätze erkennen, die von einer Zelle zur nächsten hinziehen und die einzelnen Zellen derart mit einander verbinden, dafs jede einzelne Krebszelle aus einer Gruppe oder einer Alveole an zwei oder drei Seiten mit einer Nachbarzelle durch zwei oder drei protoplasmatische Ausläufer verbunden ist. Diese intercellulären protoplasmatischen Ausläufer haben den nämlichen Bau wie das übrige Protoplasma, d. h. sie sind wabenartig, stellenweise auch netzförmig oder faserig. Unter den Haufen von Krebszellen sind einige mehr oder weniger, andere gänzlich aus der Verbindung mit den Nachbarzellen gelöst; diese losgelösten Zellen sind dann zum Teil wieder von einer Bindegewebshülle in Form einer Alveole umgeben und fangen nun ihrerseits mächtig an zu wuchern, so dafs die Krebskeime in Form von Nestern immer mehr in die Tiefe getragen werden.

In diesem Fall von alveolärem Carcinom befindet sich der Farbstoff in grofser Menge innerhalb der Nester und bedeckt hier ohne bestimmte Ordnung bald die mehr wandständigen, bald die mehr zentral gelegenen Zellen der Alveolen. Die Zellen einzelner kleinerer Alveolen sind ganz von dem Pigment bedeckt, desgleichen sowohl vereinzelte Krebszellen wie auch solche, die in kleinen Reihen angeordnet unterhalb der Epidermis und in wechselnder Tiefe der Cutis sich befinden. Auch im Bindegewebe befindet sich das Pigment hier und da auf den Bindegewebszellen, oder an der unteren Fläche der Epidermis, und bedeckt hier die Zellen teilweise oder ganz. Das Pigment scheint bei der Zelllockerung keine hervorragende Rolle zu spielen, denn auch dort, wo es fehlt, nimmt dieser Prozefs der Abstofsung in der Epidermis und in der Cutis seinen ungestörten Fortgang.

Das Naevo-Carcinom.

Meine drei anderen Fälle von Alveolarkrebs, die aus einem Naevus sich entwickelten (Naevo-Carcinom), bieten alle drei die nämlichen Veränderungen dar, sie mögen daher hier gemeinsam abgehandelt werden. Es bestand hier immer noch in einer verschieden grofsen Entfernung vom eigentlichen Carcinom unterhalb der gesunden Epidermis ein heftiger entzündlicher Reiz. Alle Gefäfse waren erweitert und mehrere von ihnen enthielten in ihrem Innern auch vielkernige Leukocyten und Lymphkörperchen, letztere hatten aufserdem eine perivaskuläre Infiltration bewirkt und erstere waren in das Nachbargewebe ausgewandert; auch die Bindegewebszellen waren stellenweise proliferiert und hypertrophisch.

Ferner war eine beträchtliche Anzahl von Plasmazellen vorhanden, die namentlich an der Peripherie der Gefäfse sich befanden. Auch die elastischen und kollagenen Fasern haben Veränderungen erfahren; erstere sind einfach hypertrophisch, während das kollagene Gewebe unterhalb der Epidermis stellenweise jene Degeneration erlitten hat, die UNNA als kollastine Degeneration bezeichnet, d. h., das elastische und das kollagene Gewebe nehmen zusammen die Reaktion des Elastin an und färben sich gleichmäfsig mit saurem Orcein in Form von groben Collastinklumpen oder Kugeln; an den mittleren und unteren Schichten der Cutis dagegen färben sich beide Arten von Fasern stellenweise normal. Diese entzündliche Reaktion war in den dem Krebs zunächst gelegenen Teilen bei weitem am ausgesprochensten. Unmittelbar an der Grenze des Carcinoms unterhalb der Epidermis sah man einige typische Naevuszellen, die in ovalen, cylindrischen u. s. w. Gruppen standen und sowohl an ihrem Kern erkennbar waren, der denen in der Epidermis glich, wie auch an der geringen Menge Protoplasma, das in Naevuszellen fast unsichtbar ist. Aufser diesen Zellherden lagerten in der Tiefe noch Haufen ähnlicher Zellen, die aber schon in carcinomatöser Umwandlung begriffen waren, d. h. schon stärker geschwollene Zellen mit einem schon gröfseren ovalen Kern, der indessen immer noch seine Ähnlichkeit mit denen der Epidermis bewahrte, Zellen, in reichlicher Proliferation begriffen und wie die Zellen des Alveolarkrebses mit einem wabenartigen Bau, der aber an einzelnen Stellen wie netzförmig oder faserig erschien, ausgestattet. Alle diese Zellen aus der nämlichen Gruppe sind miteinander durch Fortsätze aus Protoplasma verbunden, das den nämlichen wabenartigen Bau besitzt. Oberhalb dieser carcinomatösen Herde und dieser Gruppen von Naevuszellen besteht an verschiedenen Stellen der unteren Hälfte der Epidermis eine Abstofsung der Epithelzellen; dieselben lösen sich teils in zusammenhängenden, eingekapselten Klumpen, teils vereinzelt oder gruppenweise ab, und an diesen Stellen der Zellablockerung sind auch die Epithelfasern verändert, degeneriert, zerfallen oder zum gröfsten Teil schon geschwunden. Die gelockerten Zellen stehen mit der Epidermis noch in unmittelbarem Zusammenhang, proliferieren an verschiedenen Punkten durch die ganze Lederhaut hindurch bis zur Subcutis und sind ganz wie Alveolen oder wie unregelmäfsige und verschieden grofse Gruppen von Krebszellen angeordnet, bezw. die Krebszellen finden sich vereinzelt oder in Reihen u. s. w. u. s. w.

Beim Alveolarkrebs wurde schon erwähnt, dafs an den Punkten der gröfsten Zellanhäufung die Krebszellen entweder von einer Bindegewebskapsel umgeben oder durch Septa und sich immer mehr verjüngende Bindegewebsfasern von einander getrennt sind; diese äufserst zarten Bindegewebsfasern dringen zuweilen zwischen den einzelnen Zellen vorbei in

das Innere der Nester und Zellenhaufen. Auch hier entdeckt man zuweilen in den Kapseln und Bindegewebsfasern schmale, spindelförmige Kerne, die teils einzeln, teils in parallel zu den Fasern verlaufenden Reihen gelagert sind.

Der Bau aller Zellen eines Naevo-Carcinoms entspricht der bereits bei dem Alveolarkrebs geschilderten Struktur, das Protoplasma und die protoplasmatischen Ausläufer einer Zelle hängen mit denen der Nachbarzellen einer Alveole zusammen, so dafs auch hier ein wabenartiges, stellenweise ein netzförmiges oder faseriges Aussehen zu stande kommt. Einzelne Stellen sind auch schon stärker gelockert oder ganz aus dem Zusammenhang mit den Nestern und den Haufen getrennt, und dann sind die intercellulären, protoplasmatischen Ausläufer, die die Verbindung bewirkt hatten, zum gröfsten Teil zerfallen. Die meisten dieser losgelösten Zellen zweiter Ordnung fangen dann ihrerseits wiederum an zu proliferieren, umgeben sich gleichfalls mit einer Kapsel und bilden auf diese Weise abermals frische kleine Alveolen, die den Krebskeim immer weiter in die Tiefe tragen.

An verschiedenen Stellen ist die Epidermis entweder allein oder nebst einem Teil der Cutis ganz nekrotisiert und in einen Brandschorf verwandelt und sitzt voll von vielkernigen Leukocyten und Kerntrümmern. Unterhalb dieser Herde sind die vielkernigen Leukocyten innerhalb des ganzen carcinomatösen Gewebes in grofser Anzahl vorhanden und zwar in einer Wanderung gegen die brandigen Herde hin begriffen; aufserdem sind hier auch die Gefäfse erweitert und ebenfalls voll von vielkernigen Leukocyten. Unterhalb der carcinomatösen Zellen besteht allemal eine lebhafte entzündliche Reizung, erweiterte Gefäfse, vielkernige Leukocyten, proliferierte und hypertrophische Bindegewebszellen und vor allem eine sehr grofse Zahl perivaskulärer Herde von Mastzellen.

Die nämlichen Veränderungen wie in den drei ersten Fällen, bestanden auch in meinem vierten Falle von Naevo-Carcinom, nur dafs hier die Epidermis an den Schnitten gänzlich fehlte und nur Teile der carcinomatösen Cutis vorhanden waren.

In den drei ersten Fällen von Naevo-Carcinom befindet sich das Pigment an der Peripherie der Krebsgeschwulst, unterhalb der Epidermis, entweder in Form ovaler Kügelchen, die ähnlich wie Zellen aussehen, oder als formlose Klümpchen. Diese Pigmentkügelchen sind ordnungslos auf den Papillarkörper, auf Plasmazellen, auf das Bindegewebe, auf Bindegewebszellen aufgelagert; an den erkrankten Stellen findet es sich, ebenfalls ohne Ordnung, auf den Krebszellen, innerhalb und aufserhalb der Alveolen und auf den Bindegewebssepta. Seine Verteilung ist, wie gesagt, ganz unregelmäfsig und bietet nichts Charakteristisches. Verhältnismäfsig spärlicher ist es auf der Epidermis vertreten, in deren unteren

Lagen es noch am meisten vorhanden ist, namentlich da, wo die Zelllockerung vor sich geht.

Die geringen Unterschiede zwischen den vier Fällen von Naevo-Carcinom und dem ersten Fall von Alveolarkrebs bestehen einmal darin, dafs bei letzterem die carcinomatösen Riesenzellen mit vielfachem Kern viel umfangreicher als bei ersteren sind; ferner darin, dafs die Krebsnester beim Naevo-Carcinom verhältnismäfsig kleiner als beim Carcinoma alveolare sind, und endlich darin, dafs die entzündliche Reaktion und die Zahl der Plasmazellen an der Peripherie und unterhalb der Krebsherde bei dem Naevo-Carcinom viel beträchtlicher erscheinen als bei dem Alveolarkrebs.

Nach dem jetzt Vorgetragenen sieht man, dafs ich mich in meinen Auseinandersetzungen über alveoläre Carcinome und Naevo-Carcinome in den Hauptpunkten mit Unna in Übereinstimmung befinde. Unna giebt an, dafs in den alveolären Carcinomen die Epithelfasern dort verschwinden, wo die Abstofsung der Epidermiszellen Platz hat, und auch ich bestätige, dafs die Epithelfasern gerade an jenen Punkten verschwinden, womit ich sagen will, dafs der Schwund der Epithelfasern eine Folge ihrer Entartung und ihres Zerfalles ist. Auch bestätige ich die Ansicht Unnas, dafs die Struktur des Protoplasmas der Krebszellen wabenartig und nicht faserig ist und dafs in den Krebszellen der Cutis des alveolären Carcinoms und des Naevo-Carcinoms keine Spur von Epithelfaserung vorhanden ist. Nur darin weiche ich von Unna ab, dafs er behauptet, die Krebszellen der Cutis seien alle „lose", während ich gefunden habe, dafs die Krebszellen der Gruppen oder der Alveolen durch Protoplasmaausläufer, die von dem Protoplasma der Krebszellen selber ausgehen, bald lockerer, bald fester mit einander verbunden sind. Auch diese intercellulären Protoplasmaausläufer verschwinden, d. h. sie degenerieren und zerfallen an den Orten der Zelllockerung und Zellabstofsung.

Nachtrag.

Es sei mir nun gestattet, die Arbeit von Bauer, die unter Ribbert erschienen ist, zu besprechen und auf einzelne Punkte derselben näher einzugehen. Bauer verwirft die epitheliale Theorie von Unna ganz entschieden und behauptet, trotzdem er viele Fälle von Naevus untersucht habe, doch niemals einer Veränderung der Epidermis begegnet zu sein, die, wie im Normalen, deutlich vor dem Bindegewebe Halt mache. Nur in ganz wenigen Fällen von Naevus habe er Naevuszellen ganz dicht bei Epidermisleisten gesehen und an diesen Stellen sähe es allerdings so aus, als ob eine Umwandlung von Epidermis- in Naevuszellen statthabe;

prüfe man aber genauer, so finde man, dafs die Naevuszellen nicht in gleicher Höhe mit den Epidermiszellen der Nachbarschaft, sondern dafs sie bald höher, bald tiefer als diese liegen. BAUER schliefst daraus, dafs die von UNNA erwähnten Abschnürungsstellen der Epidermiszellen nur „Täuschungen des mikroskopischen Bildes" seien.

Ich wundere mich, dafs BAUER, der doch so viele Fälle von Naevus untersucht hat, nicht so, wie ich, bei einzelnen Fällen von frischen Muttermälern die vielfachen Veränderungen der Epidermis gefunden habe, dafs ihm der nicht seltene, unmittelbare und wirkliche, nicht nur scheinbare Übergang von Epidermis- in Naevuszellen, sowie endlich die zahlreichen Abschnürungen von Epidermiszellen entgangen seien. Letzteres Verhalten liefs sich besonders gut an Präparaten beobachten, die nach der Methode der Epithelfasern gefärbt waren — ein Verfahren, das BAUER freilich nicht angewandt hat. Bei diesen Präparaten kann von „Täuschungen des mikroskopischen Bildes" nicht die Rede sein, denn man sieht ganz deutlich einzelne Zellen oder Haufen ordnungslos zusammengeworfener Zellen, die bald mehr, bald weniger von der Epidermis abgeschnürt sind; zwischen diesen Zellen, die im Begriff stehen, sich abzustofsen, und der normalen Epidermis gewahrt man ferner einzelne veränderte, schwach gefärbte, zerfallene Epithelfasern, die aber dort, wo die Abschnürung bereits erfolgt ist, gänzlich degeneriert und zum gröfsten Teil schon geschwunden sind; hier und da stöfst man noch auf die Trümmer dieser zerfallenen Epithelfasern. Die von der Epidermis ganz abgelösten und in Naevuszellen umgewandelten Epithelzellen entraten demnach auch völlig der Epithelfasern und der Zwischenzellenstacheln. Was also zumal die jungen Naevi anbelangt, so kann ich durchaus nicht der von BAUER als Beweis gegen die epitheliale Theorie angeführten Behauptung beipflichten, dafs die Epidermis hier keine Veränderung erfahre. Diese vielfachen Abschnürungsstellen und die ihnen entsprechenden Veränderungen der Epithelfasern bilden vielmehr den schlagendsten Beweis für die Richtigkeit der Annahme, dafs die Naevuszellen epithelialen Ursprungs seien. Das Fehlen der Epithelfasern und der intercellulären Stacheln an den Naevuszellen erklärt sich, wie gesagt, aus dem Zerfall und dem Schwund dieser Fasern an den Abschnürungsstellen der Epidermiszellen und spricht also nicht, wie BAUER meint, gegen die UNNAsche Theorie.

Aber auch alle die Gründe, die BAUER zu Gunsten des endothelialen Ursprungs der Naevi anführt, sind nicht beweisend. So findet er bemerkenswerte Unterschiede an Form und Gröfse zwischen den Epithelkernen und denen der Naevuszellen. Nach meinen Beobachtungen, besonders an jungen Naevis mit vielfachen Abschnürungsstellen, gleichen die Kerne der Naevuszellen in Form und Gröfse vollkommen denen der Epidermis. Mit Gentianaviolett gefärbt erscheinen die Kerne der Epidermis

mehr oder weniger rund oder oval, teils hell und chromatinarm, teils ebenmäfsig stark gefärbt (saure Kerne). Genau so verhalten sich nun aber auch die Kerne der Naevuszellen; auch hier sind die einen hell, die andern stark gefärbt und mehr oder weniger oval. Nur bei ganz alten Naevis, bei denen der Abschnürungsprozefs schon längst aufgehört hat, bei denen die Epidermis fast überall gleichmäfsig und von den Naevuszellen durch Bindegewebe getrennt ist, lassen sich zwischen den Naevuszellen und denen der Epidermis einzelne Unterschiede aufstellen, indem die Kerne der ersteren hier meistens etwas atrophiert, abgeflacht und mehr oder weniger unregelmäfsig geformt sind. Im ganzen aber stimmen die Epidermiskerne in Form und Gröfse mit den Zellkernen der Naevi, zumal der jüngeren, überein und ganz gewifs ist ihre Verschiedenheit keine so grofse, dafs man sie, wie Bauer es thut, zu Gunsten der Endotheltheorie verwenden könnte.

Gegen die Richtigkeit des epithelialen Ursprungs der Muttermale führt Bauer dann weiter die nahen Beziehungen zwischen dem Bindegewebe und den Naevuszellen an, da ja bekanntlich feine Bindegewebsfasern, die mit zarten, schmalen, spindelförmigen Kernen versehen sind, sich zwischen den Zellen im Innern eines Naevuszellenhaufens hinziehen. Auch der ganze Aufbau eines Muttermales, in dessen oberen Schichten die Zellen einzeln stehen oder nur zu kleinen Gruppen zusammengeordnet sind, während sie die unteren Schichten mit ausgedehnten Haufen ausfüllen, spräche nach Bauer zu Gunsten der Annahme, dafs die Zellen von unten nach oben wachsen, dafs sie demnach nicht epithelialer Herkunft sein könnten. Nun läfst sich aber nach meiner Ansicht die Anwesenheit von feinen Bindegewebsfibrillen oder von zarten spindelförmigen Kernen innerhalb der Gruppen von Naevuszellen gar nicht im Bauerschen Sinne verwerten. Dort nämlich, wo die Naevuszellen einzeln oder in geringer Anzahl ziemlich dicht unter der Epidermis liegen, erfährt das Bindegewebe gar keine nachweisbare Veränderung, bewahrt vielmehr seinen verhältnismäfsig derben Bau. An jenen Stellen hingegen, wo die Zellen gedrängt stehen, also innerhalb der Gruppen von Naevuszellen, da wird das Bindegewebe passiv verdrängt, ohne erst eine Hypertrophie erfahren zu haben; es verjüngt sich zu Fibrillen, die um so zarter und feiner sind, je gröfser die Anzahl der Zellen ist, und je dichter aneinander gedrängt diese stehen. Auf diese Weise entsteht das Gewirr zarter Fibrillen innerhalb der Zellenhaufen. An einzelnen Stellen findet man auf diesen Bindegewebsfasern noch feine spindelförmige Kerne; aber diese Kerne haben für den Naevus durchaus nichts Charakteristisches, denn sie kommen auch in den Zellhaufen des Alveolarkrebses, des Naevocarcinoms u. s. w. vor.

Was nun die Anordnung der Zellen zu einzelnen Exemplaren oder zu kleineren Gruppen in den oberen Schichten der Cutis betrifft, so läfst

sich das meines Erachtens ganz gut aus der schon erwähnten Angabe erklären, dafs die Epidermiszellen sich meistens als einzelne Zellen oder in kleinen, bescheidenen Gruppen ablösen, die erst später aus den oberen in die tieferen Schichten der Cutis sinken, um sich hier dann zu umfangreichen Gruppen und ausgedehnten Haufen von Naevuszellen zusammenzufinden.

Bauer erwähnt auch die Anwesenheit von — seiner Auffassung nach endothelialen Zellkugeln, die fast ganz mit Pigment bedeckt sind und dicht unter der Epidermis liegen, während diese nur selten pigmentiert erscheint. Auch diesen Gegensatz zwischen der schwach gefärbten Epidermis in fast unmittelbarer Berührung mit den lebhaft pigmentierten Zellkugeln sucht Bauer im Sinne seiner Theorie zu deuten. S. 18 heifst es bei ihm: „Ziemlich häufig findet man im Randbindegewebe auch kleine Zellballen mit intensiver Pigmentierung, welche sich öfters ganz nahe an das Deckepithel heranlegen und die ebenfalls Endothelzellen enthalten. Da hierbei das angrenzende Epithel öfters sehr arm an Pigment ist, so ist hierdurch schon ein markanter, in die Augen springender Gegensatz zwischen Epithel und Zellmassen gegeben, welcher bei der Beurteilung der Herkunft der Naevuszellen eventuell auch zu verwerten ist.“

Nun erhellt aber aus verschiedenen meiner Präparate von jungen Naevi, die nach der Methode von Epithelfasern gefärbt sind, mit gröfster Deutlichkeit gerade der epitheliale Ursprung dieser kleinen gefärbten Zellballen, die dicht unterhalb der Epidermis liegen. An diesen dicht unter der Epidermis sich befindenden Zellhaufen kann man alle Stadien der Abschnürung verfolgen. Einige dieser kleinen Zellkugeln sind nur an einer Seite von der Epidermis losgelöst, während an der anderen Seite der Zusammenhang durch normale Epithelfasern noch erhalten ist. Bei anderen Zellblöcken wiederum ist die Abschnürung fast vollendet und der Zusammenhang zwischen ihnen und der Epidermis wird nur noch durch 2—3 degenerierte oder bereits zerfallene Epithelfasern hergestellt, während die letzteren zum gröfsten Teil bereits geschwunden sind. Und endlich sieht man auch Zellkügelchen, die bereits völlig von der Epidermis losgelöst sind, sich auch schon mit einer Bindegewebskapsel umgeben haben und nun als Alveolen näher oder entfernter von der Epidermis im Papillarkörper lagern. Kurz, man kann an meinen Präparaten von jungen Naevi an der unteren Fläche der Epipermis ganz gut die Bildung und Abschnürung dieser kleinen gefärbten Ballen von Epidermiszellen beobachten, denen Bauer eine endotheliale Abkunft zuschreibt.

Da er die Naevi für Endotheliome hält, so mufs er folgerichtig auch die bösartigen Tumoren, die sich aus ihnen entwickeln, für Naevo-Sarkome erklären. Nun haben aber die von ihm beschriebenen Veränderungen an diesen bösartigen Geschwülsten viel Ähnlichkeit mit dem, was ich an

meinen Naevo-Carcinomen und in meinem Alveolarkrebs beobachtet habe. Bauer fand, dafs das Gewebe der Cutis der von ihm untersuchten bösartigen Geschwülste sich aus Zellnestern zusammensetzte, die durch Septa oder Bindegewebskapseln von einander geschieden waren, und dafs auf diesen Septis und Kapseln spindelförmige und mehr oder weniger flache Bindegewebskerne sich befanden. Die Zellen der einzelnen Alveolen lagen dicht aneinander, waren viel gröfser als die der Naevuszellen, und besafsen ein reichliches, helles Protoplasma mit grofsem, ovalem Kern; ab und zu gewahrte er auch Bindegewebsfibrillen, die innerhalb der Alveolen von einer Wand der bindegewebigen Kapsel zur andern zogen und diese durchsetzend zwischen den Zellen sich durchschlängelten; auf ihnen lagerten zuweilen feine flache Kerne. Mehrfach beobachtete Bauer auch Zellinfiltrationsherde und an der Basis der Tumoren waren die Zellen nicht, wie beim Naevus, in geraden Linien angeordnet, sondern fanden sich immer als kleine verstreute Nester, oder als Reihen von Zellen, die tief in das subcutane Gewebe eindrangen. Das Pigment war überall im Gewebe reichlich vertreten, zeigte aber doch für diejenigen Zellen des Tumors, die sich vereinzelt im Bindegewebe zwischen der Epidermis und den Haufen von Alveolen befanden, eine gewisse Vorliebe. Die Epidermis fand Bauer nicht verändert; sie war durch wechselnd grofse Stücke Bindegewebe von den Alveolen getrennt.

Die Unnasche Meinung, dafs aus den Naevi sich in der Regel wieder Naevocarcinome entwickeln können, bestreitet er ganz entschieden. Nach ihm entstehen auch diese bösartigen Neubildungen wie die Naevi aus einer Wucherung der Endothelzellen der Lymphspalten; dafür spräche ihr Wachstum, ihr Bau, der so geartet ist, wie derjenige der Naevi, sowie die Ansammlung des Pigments gerade in denjenigen Zellen, die einzeln auf dem Bindegewebe vorkommen und entsprechend den Zellen des Tumors geartet sind. Auch das Fehlen von Veränderungen an der Epidermis, sowie der innige Zusammenhang der Geschwulstzellen mit dem Bindegewebe, d. h. die Anwesenheit von feinen, mit zarten spindelförmigen Kernen versehenen Bindegewebsfasern zwischen den Zellen der Alveolen werden von Bauer als Beweismittel gegen die Unnasche Theorie und als Stütze seiner Ansicht herbeigezogen, dafs die bösartigen Geschwülste, die sich aus den Naevi entwickeln, endothelialer und sarkomatöser Natur seien.

Gegen diese Auffassung gelten dieselben Einwände, die ich Bauer schon bei Besprechung der Naevi entgegengehalten habe. Meiner Meinung nach handelt es sich bei den von Bauer beschriebenen Geschwülsten um Naevocarcinome, denn seine Befunde bei jenen Neubildungen decken sich in den wesentlichsten Punkten mit meinen Angaben in Betreff des Naevocarcinoms. Was er über die Anordnung der Zellen innerhalb der Tumoren sagt, ihre Häufung zu zahlreichen Alveolen, die mit einer bindegewebigen

Kapsel umgeben und von Septa oder Bindegewebsfasern mit aufgelagerten, zarten Spindelkernen durchzogen sind; des weitern seine Angaben in Betreff der grofsen polyedrischen Zellen mit grofsen ovalen Kernen und reichlichem, hellen Protoplasma, sowie in Betreff der Anwesenheit von Alveolen an dem Geschwulstgrund, die immer kleiner werden und schliefslich in das Hautgewebe eindringen: und schliefslich seine Beschreibung der kleinzelligen Infiltrationsherde (vermutlich Lymphocyten) im unteren Teil der Tumoren — alle diese Eigenschaften fand ich regelmäfsig bei den Naevocarcinomen. So sagt Bauer S. 22: „Mikroskopisch erscheint der ganze Tumor erfüllt von mächtigen Zellmassen, welche durch schmale Bindegewebszüge in gröfsere und kleinere Ballen getrennt werden, und zwar ist diese alveoläre Anordnung hier schärfer ausgesprochen, als an irgend einem der früheren Tumoren. Gegen die Geschwulstbasis hin wird das Bindegewebe etwas reichlicher, die Zellhaufen dazwischen werden kleiner und rücken in dieser Anordnung ziemlich tief in das unter der Warze gelegene subcutane Gewebe vor.“ Und etwas weiter: „Vielerorts bemerkt man in demselben reichliche kleinzellige Infiltration.“

Auch in der Art der Verteilung des Pigments kann ich, entgegen Bauer, nichts sehen, was gegen die carcinomatöse Natur der Tumoren spräche. In meinen Fällen von Naevocarcinom und von Alveolarkrebs ist das Pigment ganz unregelmäfsig unterhalb der Epidermis auf die Plasmazellen, das Bindegewebe, die Krebszellen in den Nestern und die Bindegewebssepta verteilt. An einzelnen Stellen findet es sich auch an der unteren Fläche der Epidermis u. s. w.

Wie schon bei den Naevi erwähnt, ist die Anwesenheit von Bindegewebsfibrillen im Innern der Alveolen nur die Folge einer rein mechanischen Einwirkung, da die Zellen des Tumors ganz dicht aneinander gelagert sind und so das Bindegewebe zu immer dünneren Fäden auseinander drängen.

Leider hat Bauer wie bei den Muttermälern so auch bei diesen Neubildungen dasjenige Verhalten derselben, das am deutlichsten gegen ihre sarkomatöse und für ihre krebsige Natur spricht, nicht beobachtet: ich meine die Veränderungen an der Epidermis und die Abschnürungsstellen der Epidermiszellen. Bei meinen Fällen von Naevocarcinom und von Alveolarkrebs konnte man diese Abschnürung von Zellen an der unteren Schicht der Epidermis sehr gut beobachten; die Zellen lösten sich entweder einzeln, oder in formlosen Haufen, oder in kleinen, ovalen und eingekapselten Ballen ab, und immer waren an diesen Abschnürungsstellen die Epithelfasern verändert, entartet, zerfallen und zum gröfsten Teil geschwunden. Unterhalb der Epidermis lagen stellenweise alte charakteristische Gruppen von Naevuszellen und es liefs sich sehr schön verfolgen, wie dieselben und wie die einzelnen abgeschnürten Epidermiszellen sich in

Krebszellen umformten, wie sie ganz ungeheuer proliferierten, sich durch das ganze Gewebe in Form zahlreicher Alveolen ansiedelten und wie sich dann von diesen wieder einzelne Krebszellen ablösten, um in weiterer Tiefe neue Kolonien von Alveolen zu bilden.

Meine Präparate vom Naevus, vom Naevo-Carcinom und vom Carcinoma alveolare, die nach der Methode der Epithelfasern gefärbt sind, lassen die Abschnürung der Epidermiszellen mit solcher Deutlichkeit erkennen, dafs meines Erachtens gar kein Zweifel mehr möglich ist und dafs es ganz ausgeschlossen scheint, die Richtigkeit der Unnaschen Lehre vom epithelialen Ursprung der Naevuszellen, sowie von der carcinomatösen Natur der sich aus den Muttermälern entwickelnden bösartigen Tumoren zu bestreiten. Ich setze hierher zum Schlufs einen Satz aus einem Brief des Herrn Prof. Hoyer zu Warschau — eines der Preisrichter dieser Arbeit —: „Meiner Überzeugung nach zeigen die Präparate der Preisarbeit ganz sicher die Abtrennung von Zellnestern der Epidermis auch an den Naevi."

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Erklärung der Abbildungen.

Naevus mollis.

Fig. 1. *a.* Man sieht an dem unteren Teile des Leistenepithels Epithelzellen, die sich abschnüren und die Naevuszellen bilden. In ihrer Nachbarschaft befinden sich mehrere zerfallene Epithelfasern.

Fig. 2. *o.* Ein grofser Teil der Leisten ist etwas von der Epidermis abgeschnürt und an diesen Stellen sind die Epithelfasern verändert und nur schwach färbbar.

bb. Am unteren Teil aller dieser Leisten schnüren sich mehrere Epithelzellen einzeln ab, sinken in die Cutis und bilden die Naevuszellen; sie alle besitzen keine Epithelfasern mehr.

Fig. 3. *a.* Epithelzellen, die sich von der Epidermis abschnüren.

Fig. 4. *o.* Man sieht, dafs ein Teil der Epidermis abgelöst ist, und an derselben Stelle sind die meisten Epithelfasern blafs, degeneriert oder zerfallen.

Fig. 5. *aa.* Man sieht vereinzelte abgelöste Epithelzellen und an derselben Stelle degenerierte, kaum gefärbte, zerfallene Epithelfasern.

Fig. 6. *a.* Man sieht ebenfalls abgelöste Epithelzellen und zerfallene Epithelfasern.

Fig. 7. *aaa.* Man sieht vereinzelte von der Epithelleiste abgelöste Zellen, die mehr oder weniger von Bindegewebsfasern eingekapselt sind.

bbb. Man sieht von der Epidermis abgelöste Zellgruppen, die von Bindegewebsfasern in Form von Alveolen eingekapselt sind.

Fig. 8. *aaa.* Allgemeine Übersicht: Man sieht an mehreren Stellen vereinzelte Zellen und Zellgruppen, welche von den Epithelialleisten oder von der Epidermisoberfläche abgelöst sind. Diese abgelösten, in die Cutis hineingelangten Zellen bilden die Naevuszellen.

Das alveoläre Carcinom.

Fig. 9. *a.* Bei schwacher Vergröfserung gewahrt man eine Alveole mit Krebszellen innerhalb der Cutis und von einer Bindegewebskapsel umgeben. Die

Krebszellen hängen teils durch Protoplasmaausläufer fest zusammen, zum Teil sind sie schon gelockert.

Fig. 10. a. Olimmersion. Die Krebszellen der Alveolen enthalten eine wabenartige Struktur und man sieht die Protoplasmaausläufer, die sich von einer Zelle in die andere fortsetzen und den festen Zusammenschluſs aller Zellen bewirken. Dort, wo die Zellen schon mehr oder weniger auseinandergetreten sind, sind die intercellulären Protoplasmaausläufer an Zahl vermindert und zum Teil zerfallen und verschwunden.

Fig. 11. a. Man sieht ebenfalls von der Epidermis abgelöste Zellen vereinzelt oder gruppenweise, die von Bindegewebsfasern in Form von Alveolen eingekapselt sind.

Aus der Praxis.

Unangenehme Nebenwirkungen des Airols.

Von

Dr. M. Goldfarb-Lodz.

Fast in allen dem Airol gewidmeten Artikeln spricht man von der „vollständigen Reizlosigkeit“ desselben. Leider kann ich das nicht bestätigen, da ich einige Male, bei der Behandlung der Ulcera mollia, Reizerscheinungen zu sehen Gelegenheit hatte und in zwei unlängst von mir behandelten Fällen es sogar zur Bildung von mit seröser Flüssigkeit gefüllten Blasen, wie wir sie bei Verbrennungen zweiten Grades finden, gekommen ist. In beiden Fällen habe ich das Airol in Pulverform angewendet, darüber eine dünne Watteschicht gelegt und das Ganze mit dem Präputium bedeckt. Beiden Kranken habe ich das Airolpulver am Abend eingestreut, wobei ich ihnen sagte, daſs sie ganz ruhig sein können, da das Pulver absolut schmerzlos sei. Aber schon ganz früh am andern Morgen kamen sie zu mir gelaufen und die erste Frage, die sie an mich, wie auf Verabredung, richteten, war, ob ich nicht aus Versehen die Medizin vertauscht habe, da sie die ganze Nacht hindurch vor Schmerzen nicht schlafen konnten.

Auf die weitere Behandlung mit Airol muſste ich in diesen Fällen selbstverständlich verzichten, und die Brandblasen zuerst zur Heilung bringen.

Feuilleton.

Briefe aus Paris.

I.

Das neue Laboratorium im Hôpital St. Louis. — Die neue Poliklinik für Haarkranke. — Poliklinische Behandlung. — „Écoles des teigneux."

Mein verehrter Lehrer!

Als ich es versprach, Ihnen all' das, was ich in bezug auf unsere Wissenschaft Neues und Interessantes finde, mitzuteilen, habe ich kaum geglaubt, dafs ich so rasch Gelegenheit und Material zu einem Brief finden werde. Ich kam ja in der sogenannten Saison morte nach Paris zurück, das ich erst vor kaum fünf Monaten verlassen hatte, und so schienen ja meine Befürchtungen gerechtfertigt zu sein. Um so angenehmer war meine Enttäuschung, als ich mich davon überzeugte, dafs es im Hôpital St. Louis, in diesem Mittelpunkt der praktischen und wissenschaftlichen Dermatologie, keine morte saison giebt, und dafs selbst die verhältnismäfsig kurze Zeit von fünf Monaten, die ich fern von Paris verbrachte, dazu genügten, um neue und wertvolle Ergebnisse in der Forschung auf unserem Gebiete zu Tage zu fördern.

In nicht geringem Mafse ist das den grofsen Umänderungen zu verdanken, welche in der letzten Zeit mit kolossalem Kostenaufwand in dem beinahe dreihundertjährigen Hôpital St. Louis unternommen worden sind und durch welche eine neue Epoche in der Dermatologie in Frankreich, ein neuer Aufschwung der französischen Schule angebahnt wird. Dieser Bericht soll ausschliefslich der kurzen Beschreibung der neu entstandenen Institute gewidmet sein.

In erster Reihe mufs ich Ihnen über das neu erbaute Laboratorium und dann über die neuen „Écoles des teigneux" berichten.

Beide Institute sind in ihrer jetzigen Form und Ausdehnung seit einem Monate in Thätigkeit und stehen unter der Leitung von Sabouraud, einem der talentvollsten und produktivesten Geister der jüngeren dermatologischen Generation, dem „enfant gaté" der französischen Schule. Die nominelle Aufsicht über die Schulen liegt in den Händen Tennesons, er läfst jedoch Sabouraud ein unbegrenztes plein pouvoir. Die Einrichtung des neuen Laboratoriums, welches vorläufig drei schöne Räume im Erdgeschofs eines der neuen Gebäude — in demjenigen für trichophyton-

kranke Kinder — einnimmt, aber wie SABOURAUD mir mitteilte, später nach seinem Wunsche ausgedehnt werden kann, ist nicht nur die vollkommenste, welche man sich in dieser Richtung vorstellen kann, sie ist sogar luxuriös. Ja, ich möchte sagen, dafs der Plan der Einrichtung — von SABOURAUD mit minutiöser Genauigkeit entworfen — ein Gepräge von Koketterie und Raffinement an sich trägt, welches gleich den französischen Geschmack und Sinn für das Zierliche verrät.

Der mittlere mit Oberlicht versehene und aufserdem von drei Riesenfenstern beleuchtete grofse Saal ist das eigentliche Arbeitszimmer sowohl für bakteriologische und histologische, wie auch für chemische Untersuchungen. Aufser den grofsen, die eine Längswand einnehmenden Glasschränken, die teils die zu bakteriologischen Untersuchungen nötigen Glasinstrumente, Nährböden etc., teils die zu chemischen Untersuchungen notwendigen Reagentien enthalten, sind in diesem Saal zwei Autoclaves, ein grofses glasthüriges Sandbad, zwei grofse ebenfalls mit Glasthüren versehene Brütöfen mit ROUXschem Regulator, in welchen behufs Gewinnung von Bakterientoxinen sehr grofse Quantitäten von Kulturen in flüssigen Nährböden gezüchtet werden können. Die Mitte des Saales nimmt eine Vorrichtung für Glasbläserei nebst Schreibtischen ein, während längs der entgegengesetzten mehreckig — beinahe bogenförmig — in den Hof ragenden Mauer, unter den drei Fenstern die Arbeitstische sich aneinander reihen. In den Vorrichtungen zur Herstellung von anaëroben Kulturen wird das Vacuum durch den Strahl der Wasserleitung gewonnen, durch denselben wird auch der Centrifugierapparat in Bewegung gesetzt. Das einzige, was man auszusetzen hätte, ist, dafs die Käfige für die Versuchstiere unter den Arbeitstischen Platz nehmen; dies ist übrigens wahrscheinlich nur provisorisch. In dem einen Nebenzimmer sind Glasschränke für fertige zur Aufbewahrung bestimmte Kulturen und ein Schrank für die Sammlung mikroskopischer Präparate. Im zweiten Nebenraum wird die Poliklinik abgehalten, für Kranke, die mit infektiösen Haar- und anderweitigen Pilzerkrankungen behaftet sind, also zumeist für Trichophytie-, Favus- und Alopecia areata-Kranke. Die überwiegend grofse Majorität der hier untersuchten Kranken besteht natürlich aus Kindern. Die Poliklinik wird von SABOURAUD zweimal wöchentlich, am Montag und Donnerstag, von 9 Uhr früh an abgehalten. Um das Zusammentreffen der sehr kontagiösen trichophytonkranken Kinder mit den Alopecia areata-Kranken — und so eine eventuelle Infektion der letzteren innerhalb des Spitals — möglichst zu vermeiden, ist der Montag für die Trichophyton- und Favuskranken, der Donnerstag ausschliefslich für die Alopecia areata-Kranken reserviert; die Kranken werden zur Behandlung und Beobachtung immer für die betreffenden Tage bestellt. Trotzdem diese Poliklinik erst seit kaum einem Monat besteht, ist das Kranken-

material schon ein sehr grofses. Jede dieser Konsultationen bietet SABOURAUD vielfach Gelegenheit, sich über seine Untersuchungen bezüglich der Pluralität der Trichophytonarten, besonders aber bezüglich der Ätiologie der Seborrhoe und Area Celsi, über die Verwandtschaft und über den gemeinschaftlichen Erreger derselben vor den ihn umgebenden Studenten und Ärzten auszusprechen. Und er trachtet auch mittelst seiner, vom vorjährigen Londoner Kongrefs her allgemein bekannten und überzeugend wirkenden Eloquenz die gegnerischen Ansichten zu bekämpfen und seine selbst in Frankreich vielbestrittenen Resultate und Ansichten[1] aufrechtzuerhalten. Es wird vielleicht für Sie und die Leser dieser Zeitschrift nicht uninteressant sein, wenn ich in meinem nächsten Briefe einen zusammenfassenden Bericht über SABOURAUDS neueste Untersuchungen, über seine während der Konsultationen gehaltenen kleinen Vorträge und Erklärungen und über unsere privaten Unterhaltungen bezüglich der Seborrhoe und der Area Celsi gebe. Da ich mich selbst in Ihrem Laboratorium mit diesem interessanten und aktuellen Gegenstande auf Grund eines ziemlich reichen und mittelst einer für histologische Zwecke viel geeigneteren Methode als die SABOURAUDsche gewonnenen Materials befafst habe, werde ich ja später noch Gelegenheit haben, mich eingehend mit SABOURAUDS Untersuchungen zu beschäftigen. Leider bin ich nicht autorisiert, die Resultate seiner allerneuesten Untersuchungen und seiner neueren Anschauungen der Öffentlichkeit zu übergeben, da er sie selbst noch nicht publiziert und mir nur unter dem Siegel der Diskretion mitgeteilt hat.

Die Behandlung der die Poliklinik besuchenden Trichophyton- und Area Celsi-Kranken wechselt selbstverständlich hier und da, je nach Alter und Individualität, nach Ausdehnung und eventuellen Komplikationen der einzelnen Fälle, ist aber im allgemeinen wegen der grofsen Ähnlichkeit vieler Fälle ziemlich schematisch. Die Durchführung eines Teiles der Behandlung wird zu Hause den Angehörigen der Kranken anvertraut, der andere Teil, der gewisse Geschicklichkeit und geschultes Auge voraussetzt, wird im Spital von den Krankenwärterinnen und vom Arzte selbst gemacht. Da — wie ich schon erwähnte — die Behandlung natürlicherweise bei vielen Individuen dieselbe ist, werden der Einfachheit wegen lithographierte Rezepte mit der Angabe der Benutzung des Medikamentes den Kranken oder Angehörigen eingehändigt. Eine solche Vorschrift, welche ein Alopecia areata-Kranker zur häuslichen Behandlung bekommt,

---

[1] Besonders bemerkenswert in dieser Beziehung ist eine Junisitzung der „Société française de Derm. et Syph.", welche ausschliefslich der Diskussion über SABOURAUDS Arbeiten gewidmet war. An derselben nahmen BROCQ, JACQUET, DARIER, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU etc. einen regen Anteil. (Vgl. *Monatshefte f. prakt. Derm.*, Bd. 25, No. 4, S. 164 ff.)

ist z. B. wörtlich die folgende: „Der ganze behaarte Kopf muſs jeden Abend mit einer kleinen Quantität der nachstehenden Salbe eingerieben werden:

Olei cadini	5,0 g
Sulf. sublim.	0,50 g
Hydr. oxyd. flav.	0,20 g
Axung. benzoat.	20,0 g
Bals. peruv.	1,0 g

Den nächsten Morgen muſs der Kopf mit warmem Wasser und Seife tüchtig abgewaschen und mit einem in die folgende Flüssigkeit eingetauchten Wattebausch eingerieben werden:

Sehr leicht entzündbar!

Xylol. purif.	100,0 g
Aether. offic.	100,0 g
Resorcini	6,0 g
Saloli	1,0 g.“

Das Rasieren oder Kurzschneiden der Haare, die eventuell vorzunehmende Epilation, wird im Spital selbst besorgt.

Ich muſs sagen, daſs die Resultate dieser Behandlung auch nicht besser sind, wie diejenigen, welche durch Anwendung anderer Reiz- und antiseptischen Mittel erzielt worden sind, und die Kranken nicht früher gesunden als z. B. bei Anwendung Ihres Chrysarobinstiftes. Es giebt eben Fälle, die, bei welcher Behandlung immer, innerhalb 3—4 Monaten heilen, während andere den energischsten Mitteln lange Monate lang trotzen.

Eine der gewöhnlichsten Vorschriften für Trichophytonkranke lautet folgendermaſsen:

„Einschmierung des ganzen Kopfes dreimal wöchentlich abends mit der folgenden Salbe:

Ol. cadin.	3,0 g
Hg. oxyd. flav.	0,10 g
Axung. benzoat.	20,0 g

Den nächsten Morgen nach einer tüchtigen Abseifung und Abtrocknung wird der ganze Kopf mit einer Zahnbürste eingerieben, welche in die folgende Flüssigkeit getaucht ist:

Alcohol. 90%	100,0 g
Tinct. jodi rec.	25,0 g.“

Die Epilation, welche hier von gröſster Wichtigkeit ist, wird von den Krankenwärterinnen besorgt und vom Arzte kontrolliert, während eine zwar nicht besonders elegant aussehende, aber wie mir scheint ganz gute Resultate gebende Behandlung — nämlich das Betupfen der kranken Haare mit einem in Crotonöl getauchten Stäbchen — von SABOURAUD

selbst vorgenommen wird. Von der Falschheit der Ansicht, dafs durch Crotonöl — bei so oberflächlicher Betupfung — Narben hervorgerufen werden, habe ich mich selbst überzeugen können. Nach dem Betupfen entsteht eine Folliculitis, die eintrocknend eine Kruste um die kranken Haare bildet, welche samt den langen, weifsen, glasig durchscheinenden, angeschwollenen Haarwurzeln mit der gröfsten Leichtigkeit abzuheben ist.

Die „Écoles des teigneux", welche nach ihrem vor drei Jahren verstorbenen Begründer eigentlich „Écoles Lailler" genannt sind, haben den Zweck, durch Isolierung der Kinder von der gesunden Umgebung die Propagation der Trichophyton- und Alopecia areata-Erkrankungen möglichst einzuschränken. Schon vor mehreren Jahren wurde die kolossale Zunahme dieser Erkrankungen in Paris konstatiert, und das hat auf die Idee zur Gründung dieser Schulen geführt, welche anfangs in sehr primitiven Baracken des Hôpital St. Louis eingerichtet worden sind. In den neuen, in grofsartigen Dimensionen errichteten Gebäuden haben ungefähr 600 Kinder Platz; es werden in denselben Kinder von 3—15 Jahren aufgenommen. Schon ist alles voll, und eine Menge vorgemerkter Kinder wartet auf Aufnahme. Die trichophytonkranken Kinder einerseits und die Area Celsi-Kranken andererseits sind strengstens von einander isoliert; die zwei grofsen Gebäude, in welchen sie untergebracht sind, sind in von einander weit entfernten Teilen des Hofes des Hôpital St. Louis erbaut. Die Kinder haben ihre grofsen Schlaf-, Speise-, Spiel- und Lehrräume und erhalten regelmäfsigen Unterricht, so dafs sie auch bei mehrmonatlichem Spitalaufenthalte nicht in ihrer Ausbildung zurückbleiben. Da bei einer so grofsen Kinderzahl es kaum zu vermeiden ist, dafs vereinzelte allgemeine Infektionskrankheitsfälle, manchmal vielleicht auch Epidemien vorkommen, so ist dafür Sorge getragen, dafs in diesen Fällen die Kranken isoliert werden können. Zu diesem Zwecke dient eine ebenfalls neu erbaute „Infirmerie" mit 28 Einzelzimmern.

Soviel über die neuen grofsartigen Baulichkeiten des Hôpital St. Louis. Dieselben sind nicht nur von hervorragender praktischer Bedeutung, sie werden auch gewifs durch das in ihnen angehäufte grofse Krankenmaterial eine reiche Ausbeute für wissenschaftliche Forschungen liefern.

Ihr ergebenster

Dr. C. Beck-Budapest.

Paris, August 1897.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Juli 1897.

(Original-Bericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Prof. Lesser stellt 2 Fälle von **Lues insontium** vor. Ein 8jähriger Knabe kam mit einem Primäraffekt am Oberschenkel in seine Behandlung, der nach absolvierter Schmierkur einen Pigmentfleck hinterlassen hat. Die Infektion geschah durch Zusammenschlafen mit seinem an frischer Syphilis leidenden Vater. — In dem zweiten Falle ist der Modus der Übertragung nicht mit derselben Sicherheit festzustellen. Die 33jährige dekrepide Kranke ist Ende Mai unter Allgemeinerscheinungen (Kopfschmerz, Fieber) in die Charité eingeliefert; am 3. Juni trat eine rechtsseitige Iritis, dann ein ausgebreitetes papulöses und makulöses Exanthem und Ende Juni eine linksseitige Iritis auf. Weder an den Genitalien noch sonstwo liefs sich ein Primäraffekt nachweisen, bis eine Erosion am Zahnfleisch der linken unteren Schneidezähne mit Anschwellung der entsprechenden Submaxillardrüsen sich als wahrscheinliche Eingangspforte herausstellte. Ungefähr 2 Monate zuvor hatte ihr Bruder, der einen Ausschlag an Gesicht und Hals gehabt hatte, bei ihr gewohnt und ihr Eßgeschirr mitbenutzt. Interessant ist noch das Exanthem wegen des lichenoiden Charakters der Papeln. Dieselben zeichnen sich aus durch ihre zahnradartige Form, ihre Derbheit und ihren Glanz, sie tragen eine Delle und werden schwerer resorbiert als andere Papeln. In manchen Fällen zeigt das ganze Exanthem diese Ähnlichkeit mit Lichen ruber planus, in anderen sind es nur einzelne Gruppen.

Herr Isaac hat bereits vor einigen Jahren die Frage des Lichen syphiliticus hier in der Gesellschaft erörtert. Er hat gefunden, dafs diese in Gruppen- und Kreisform auftretenden lichenoiden Exantheme in der Regel mit Iritis einhergehen. — Herr Siegheim möchte die Dignität der extragenitalen Infektion erörtert haben. — Herr Lesser bemerkt, dafs Iritis häufig mit papulösem Exanthem bei älteren Leuten zusammen vorkommt, ob aber gerade bei diesen lichenoiden Formen, läfst er dahingestellt.

Herr Palm stellt einen Patienten vor, der auf der Brust, an den Ohren und auf dem ganzen Kopfe Maculae, Papulae und mit Borken bedeckte Pusteln in kreisförmiger Anordnung zeigt. Dieser Ausschlag besteht seit 16 Wochen, ohne dafs an den Genitalien oder sonstwo Zeichen von Lues zu finden sind. P. diagnostiziert **Dermatitis herpetiformis Duhring.** — Die Affektion juckt etwas. — Herr Rosenthal hält die Diagnose für nicht zutreffend. Es fehlen in dem Bilde vielfach die Bezüge zur Kreisform, sowie der starke Juckreiz. Syphilis erscheint ihm am wahrscheinlichsten.

In dem zweiten von Herrn Palm vorgestellten Falle handelt es sich um einen **Lichen ruber planus** des Beckengürtels und des einen ganzen Unterschenkels. Das Interessante hierbei ist, dafs beide Regionen durch einen strichförmigen Lichen am Oberschenkel verbunden sind, der genau dem Verlaufe des Nervus cutaneus femoris externus entspricht. Die Affektion besteht seit 4 Monaten.

Herr Koller stellt aus der Poliklinik des Herrn Rosenthal einen Fall von **Reinfektion** vor, der im Gegensatze zu den zahlreichen Fällen der Litteratur wohl jeder Kritik Stand hält. Der Patient ist zum ersten Male im Januar 1894 infiziert

worden; im Juni und August machte er eine Injektionskur von 40 Sublimatspritzen in der Poliklinik des Herrn Prof. Lassar durch und nahm 4 Flaschen JK. Im Oktober desselben Jahres machte er eine zweite Kur durch und im nächsten Jahre in der Poliklinik von Dr. Rosenthal eine Schmierkur, nach welcher er noch 70 g JK nahm. Er ist dann 2 Jahre ganz frei von syphilitischen Erscheinungen geblieben, hat sich inzwischen verheiratet und seine Frau, welche nicht gravid geworden ist, nicht angesteckt. Ende April dieses Jahres suchte er wieder die Poliklinik Dr. Rosenthals wegen einer Blennorrhoe auf; Ende Mai zeigten sich 3 circumskripte Erosionen im Sulcus coronarius mit rechtsseitiger Inguinaldrüsenschwellung, Ende Juli typisches kleinfleckiges Exanthema maculosum des Rumpfes, Impetigo capitis und Plaques auf der Zunge — kurz alle Sekundärerscheinungen. — Auffallend ist der kurze Zeitraum der zwischen beiden Infektionen liegt. — Herr Prof. Lassar hält den Fall für einwandsfrei und zugleich beweisend für den günstigen Erfolg der früheren Behandlung.

Herr Gebert stellt einen 22jährigen Arbeiter vor, welcher seit seiner Kindheit immer kränklich gewesen ist und an Drüsen gelitten hat, welche zum Teil ausgekratzt worden sind. Seine Eltern sind vor 8 und 9 Jahren gestorben, eine ältere Schwester einige Monate alt an Lebensschwäche zu Grunde gegangen. Seit seiner Kindheit nimmt er in Zwischenräumen kleine Dosen von Jodkalium. Er leidet zugleich an einer parenchymatösen Keratitis, an Retinitis pigmentosa und Glaskörpertrübungen und zeigt am Halse hier und da teils strahlige, teils hypertrophische Narben, herrührend von den vereiterten oder ausgekratzten Drüsen. Neben diesen auf **hereditärer Lues** beruhenden Erscheinungen zeigt der Patient im Gesicht zahlreiche kleine gedellte Narben, an der Stirnhaargrenze eine grofse Zahl von hanfkorngrofsen Knötchen, und die Extremitäten sind an der Beuge- wie an der Streckseite übersät mit ebenso kleinen bis hanfkorngrofsen Narben, zwischen denen eben so grofse Knötchen, mit Pustelchen und Borken bedeckt, stehen. Hebt man diese Borken ab, so bemerkt man darunter jedesmal einen kleinen Substanzverlust. Der Ausschlag juckt nicht; derselbe ist zeitweilig besser geworden. Gebert hält denselben für eine **Acne varioloiformis generalisata** (wegen der Narben, der Knötchen an der Stirn und der Erfolglosigkeit der Jodkalium-Therapie).

Prof. Lassar berichtet über seine **Erfahrungen mit dem Neu-Tuberkulin.** Er gehört zu denjenigen, welche 1890/91 zum Teil günstige Erfahrungen gemacht haben. Er ist jedoch zu der Überzeugung gekommen, dafs diese günstigen Erfolge nicht beim Lupus, sondern nur bei der fungösen Hauttuberkulose erzielt worden seien, und dafs durch das mangelnde Auseinanderhalten der beiden Formen eine unberechtigte Verallgemeinerung eingetreten sei, welche sich später als trügerisch erwiesen habe. Damals habe besonders die Heilung eines jungen Mädchens Aufsehen erregt, welches durch die Tuberkulinbehandlung von einer handtellergrofsen Tuberkeleruption am Oberarm befreit worden ist. Bei einem anderen Patienten war eine Hauttuberkulose des einen Unterschenkels fast gänzlich geheilt. Bei den lupösen Formen hat dagegen das Mittel versagt. Nach den neuen Veröffentlichungen über das verbesserte Tuberkulin hat er nun wieder 5 Patienten mit demselben zu behandeln gehabt. Er stellt dieselben vor, indem er zugleich die vor Beginn der Behandlung von den Patienten genommenen Wachsabbildungen und Photographien zum Vergleiche herumreicht. Die Art der Behandlung ist eine sehr umständliche und beschwerliche, insofern als man, beginnend mit der Dosis 1/500 mg und dieselbe alle 2 Tage verdoppelnd, schliefslich 15 Injektionen täglich machen mufs, um die erforderliche Dosis dem Patienten einzuverleiben. Der Preis des für diese 5 Patienten täglich verbrauchten Materials stellt sich überdies jetzt auf 17,50 *M.* Trotz der Unzuträglichkeiten, welche die grofse Zahl der Injektionen für den Patienten mit sich bringt,

sind irgend welche erheblicheren Störungen während der Behandlung nicht eingetreten. Ein Patient hat während derselben zeitweise abgenommen, alle übrigen haben zugenommen. — Die erste Patientin mit einem Lupus des Gesichts ist seit dem 14. Mai behandelt und zeigt eine mäfsige Verkleinerung und eine Abblassung der Geschwulst. Ein junger Mann mit einem kleinen Lupus der Oberlippe zeigt eine noch deutlichere Tendenz zur Heilung. Auch bei den drei anderen Patienten, die ungefähr eben so lange in Behandlung sind und je einen Lupus der Hand, einen solchen der Stirn und einen Lupus des Gesichtes zeigen, macht sich eine deutliche Abblassung und geringe Verkleinerung der lupösen Infiltration bemerkbar. Ob jedoch diese Veränderungen als Zeichen einer beginnenden Heilung aufzufassen sind, läfst Redner dahingestellt. Gegenüber der Umständlichkeit und Gefährlichkeit der vielen Injektionen ist in der Beurteilung des Wertes dieser Methode doppelt Vorsicht notwendig. Seine Mitteilungen sind lediglich als vorläufige Versuche aufzufassen, welche er bei dem grofsen Interesse des Gegenstandes schon jetzt gemacht hat, da wir vor den Ferien stehen.

Herr Saalfeld bemerkt gegenüber der Behauptung Lassars, dafs das 1891 auch in der medizinischen Gesellschaft vorgestellte junge Mädchen damals durch Tuberkulinbehandlung von seiner tuberkulösen Affektion am Oberarm geheilt worden sei, dafs dieselbe später in viel ausgedehnterem Mafse an derselben Stelle wieder aufgetreten sei und ein Lupus des Gesichts sich noch hinzugesellt habe. Aufserdem habe er jetzt auf einer Sommerreise mehrere Spitäler besucht und von dem Leiter eines solchen, der das Neutuberkulin versucht hatte, ein recht ungünstiges Urteil gehört, von einem anderen freilich ein beifälliges. — Herr Isaac fragt an, wie sich die Allgemeinreaktion verhalten habe. — Herr Meissner möchte wissen, ob auch mikroskopische Untersuchungen über die histologischen Veränderungen des erkrankten Gewebes, wie sie bei Einführung des alten Tuberkulins gemacht worden seien, während der Behandlung angestellt worden seien, um die Vorgänge der Resorption, der Neubildung von Tuberkeln und dergl. unter dem Einflusse des Tuberkulins zu verfolgen. — Herr Dr. Bieck ist der Ansicht, dafs bei der Kürze der Zeit, die seit den Publikationen Kochs über das verbesserte Tuberkulin verflossen ist, ein Urteil über seinen Wert noch nicht gefällt werden kann, dagegen möchte er seine Erfahrungen über die Nebenerscheinungen zur Kenntnis bringen. Er hat 6 Kranke der syphilitischen Abteilung der Charité, welche nebenbei Lungentuberkulose hatten, und 19 Tuberkulöse auf der Abteilung des Herrn Prof. B. Fränkel unter der Tuberkulinbehandlung beobachtet. Geringe Dosen bis zu dem Verhältnis von 100 : 500 wurden sehr gut und reaktionslos vertragen, bei einer höheren Konzentration der Lösung bei 102 : 500 oder 104 : 500 traten erhebliche Temperatursteigerungen ein: bis über 40° unter gleichzeitiger Beschleunigung der Atmung und des Pulses. Letzterer war oft über 120, häufig auch ohne Temperatursteigerung beschleunigt und zuweilen unregelmäfsig. Die lokalen Erscheinungen an den Injektionsstellen waren gering, nur einmal vereiterte eine infiltrierte Partie. Das Mittel wurde wiederholt auf Bakterien untersucht und steril gefunden. Das Allgemeinbefinden der Patienten wurde wenig verändert, es wurden geringe Zunahmen und ebensolche Abnahmen des Körpergewichts gefunden, dagegen niemals Eiweifs oder Zucker im Urin. Besonders wichtig ist die Thatsache, dafs das Präparat in seiner Wirkung nicht konstant ist. Während nämlich dieselben Dosen anstandslos vertragen worden waren, traten bei Anwendung eines unter dem 11. Juni ausgegebenen Präparates Schüttelfröste und Temperatursteigerung bis über 40°, in einem Falle sogar über 41° ein. Da wir die chemische Beschaffenheit des Mittels nicht kennen, sind wir gegen derartige Überraschungen nicht geschützt. — Herr Prof. Lesser hat 2 Fälle von Lupus in der Charité gespritzt.

Der eine zeigt keine Besserung, der andere dagegen, der bis auf die Dosis von 2 mg Trockensubstanz gekommen ist, deutliche Tendenz zur Heilung auch ohne lokale Behandlung. — Herr Prof. Lassar hat gefunden, dafs die Reaktionserscheinungen bei weitem nicht so stürmisch und regelmäfsig auftreten als bei dem alten Tuberkulin. Die Unregelmäfsigkeit der Reaktionserscheinungen würde allerdings für eine gewisse Inkonstanz in der Zusammensetzung des Mittels sprechen.

Herr Max Joseph: **Über Lepra viscerum.** Die Ansichten über das Vorkommen von visceraler Lepra gehen auseinander. Doutrelepont und Wolters behaupten, dafs Lepra in allen Organen vorkomme, Storch in Breslau in einer Arbeit in *Virchows Archiv*, dafs die inneren Organe fast immun seien. Joseph hat einen Fall zu untersuchen Gelegenheit gehabt und, während alle übrigen Organe frei waren, in der Milz enorm viel Leprabacillen gefunden. Die Milzschnitte sehen wie durchlöchert aus, da die Malpighischen Körperchen fehlen, wie auch sonst bei erschöpfenden Krankheiten. In diesem Falle fanden sich jedoch an ihrer Stelle massenhafte Leprabacillen, deren Identität von Unna, an welchen ein Präparat geschickt wurde, bestätigt worden ist. Dieser Bacillenbefund dürfte zu Erörterungen reichlich Anlafs geben. Er spricht jedenfalls gegen die Ansicht Campanas, dafs die Veränderungen der inneren Organe bei Lepra nur sekundäre und nicht von Bacillen hervorgerufen seien. Makroskopisch bot die Milz nichts Auffallendes, sie war nur wenig vergröfsert. J. ist der Ansicht, dafs weder jedesmal eine ausgebreitete Lepra viscerum bestehe, noch dafs die inneren Organe immun seien; man müsse die Organe genau auf Bacillen untersuchen.

Ärztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 16. Februar 1897.

(*Deutsche Med. Wochenschrift.* 1897. Vereinsbeilage No. 12.)

Einen Fall von **Pemphigus malignus** demonstriert Arning. Ein 16jähriges, kräftiges Mädchen erkrankte mit Blasenbildung an Wange und Nase, die zum Teil unter Hinterlassung roter, etwas erhabener Papeln eintrockneten. Neue Blasenschübe an verschiedenen Körperstellen folgten. Die Haut ist sehr vulnerabel, ein Pribsnitzscher Umschlag am Halse ruft Blasenbildung hervor. Die Mund-, Rachen-, Kehlkopf- und Conjunctivalschleimhaut ist ergriffen. Am Auge sind die Conjunctivae trotz aller therapeutischen Mafsnahmen schon zum Teil verwachsen. Trotz des günstigen Allgemeinbefindens stellt Verfasser eine ungünstige Prognose mit Rücksicht auf die Beteiligung der Schleimhäute, die Vulnerabilität der Haut und das papulöse Aufwuchern des Blasengrundes. Ordiniert wird Chinin in steigender Dosis; Verfasser hat mit Chinin schon in einem Falle einen guten Erfolg erzielt.

Sodann teilt der Vortragende einen Fall von **Impetigo contagiosa** bei einem zweijährigen Kinde mit. Die Hautaffektion war auf Conjunctiva und Cornea übergegangen, wobei stark entzündliche Erscheinungen, Chemosis etc. hinzutraten. Es trat völlige Erblindung ein, während die Haut leicht abheilte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. Juni 1897.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Über einen Fall von Lichen Wilson mit vorherrschenden akuminierten Elementen und eigentümlicher Hyperchromie. Herren Hallopeau und Poulain. Der Fall beweist, dafs sich die Lichenpapeln im System der Haarbälge lokalisieren

können. Von den Elementen bei der Pityriasis rubra pilaris, mit denen sie noch öfters verwechselt werden, unterscheiden sie sich durch ihre Lokalisation, die begleitenden funktionellen Störungen und das Fehlen von Desquamation. Die Hyperchromie, eine gewöhnliche Erscheinung beim Lichen Wilson, erreicht in diesem Falle eine ungewöhnliche Intensität, so dafs man leicht an eine Akanthosis nigricans hätte denken können. Sie beruht wahrscheinlich auf dem Umstande, dafs der Patient an sich schon eine ziemlich starke Braunfärbung der Haut aufweist.

Herr Wickham betont für zweifelhafte Fälle von Lichen Wilson die Wichtigkeit des Nachweises jener graulichen Streifen an den Papeln, auf deren pathognomonische Bedeutung er früher schon hingewiesen. Dieses Symptom hat ihm in einem schwierigen Falle die Sicherstellung der Diagnose erlaubt. In dem Falle der Herren H. und P. sind diese charakteristischen und typischen Streifen in den Papeln auf der Brust ebenfalls sichtbar, aufserdem bestätigt das Vorhandensein eines Streifchens in der Mundhöhle die Diagnose.

Herr Brocq bemerkt, dafs die grofse Mehrzahl der eruptiven Elemente, besonders die akuminierten Papeln, auf einem Lichenifikationsprozesse beruhen.

Herr Besnier meint auch, dafs man noch keine sichere Diagnose stellen könne, indem zu viele Faktoren gegen einen Lichen Wilson sprechen.

Karbolgeschwüre. Herr Du Castel stellt einen Fall von ausgedehnter Ulceration am Unterschenkel vor. Das gewaltige Geschwür war durch drei Jahre lang fortgesetzte Karbolumschläge hervorgerufen und unterhalten worden. Gewöhnliche Kompressen genügten, um die Heilung der Affektion herbeizuführen.

Herr Sabouraud bemerkt, dafs Lösungen stärkerer Antiseptica auf entzündeter Haut das Gegenteil von dem erwünschten Resultate zur Folge haben, nämlich eine Pilzinvasion.

Herr Wickham fügt bei, dafs dies ganz besonders bei der Impetigo der Fall sei, wo mit Antisepticis, aufser der Borsäure, keine guten Erfolge erzielt werden.

Herr Darier ist derselben Meinung und hat in ähnlichen Fällen mit bestem Resultate eine Lösung von Borsäure und Borax ana 4% angewandt.

Herr Leredde rühmt sehr die Pikrinsäure bei akutem Ekzem und allen sog. artifiziellen Dermatitiden; das Ödem verschwindet sehr rasch, ebenso die Läsionen der Epidermis. Er wendet das Mittel in Form von Kompressen an, die in eine gesättigte wässerige Lösung getaucht, aufgelegt und mit impermeablem Stoffe bedeckt werden. Beim chronischen Ekzem übt die Pikrinsäure keine günstige Wirkung aus und wendet er in diesen Fällen die modifizierte Methode von Tennesson an: antiseptische Reinigung der affizierten Stelle, Auflegen eines dünnen Kautschukblattes, nach 24 Stunden Aufpinselung einer Argentum nitricum-Lösung (1 : 40) und nach dem Eintrocknen Wiederauflegen des Kautschuks und so alle Tage mit einer stärkeren Lösung (bis 1 : 15). Bei heftiger Reaktion werden einige Tage die Aufpinselungen eingestellt.

Herr Besnier erklärt, dafs die Wirkung des Höllensteins sehr unregelmäfsig ist, bald vorzüglich, bald sehr reizend. Bis vor ca. einem Monat betrachtete man die Pikrinsäure als ein ausgezeichnetes Mittel gegen Verbrennungen und wurden deshalb auch die meisten beim Wohlthätigkeitsbazar Verunglückten damit behandelt, leider aber in vielen Fällen mit sehr schlechtem Erfolge.

Ein Fall von Alopecia areata. Herr Jacquet hat einen 40jährigen Patienten mit akuter Bronchitis behandelt, bei dem im Verlaufe der Lungenaffektion nacheinander Jucken, kahle Stellen im Barte und auf dem Haarboden und endlich ein Lichen planus auftraten. Die Alopecie und der Lichen dauerten 14 Monate und wurden durch laue Douchen gleichzeitig geheilt.

Über vormykosische Erythrodermie mit Veränderungen in der Mund- und Rachenhöhle. Herren Hallopeau und Weil. Neben den gewöhnlichen Erscheinungen des prämykosischen Stadiums (wütendes Jucken ohne Prurigopapeln, anfallsweise profuse Schweifse, Alopecie, lichenartige oder ekzematiforme Eruptionen) ist in diesem Falle als seltenere Erscheinung bemerkenswert das Vorhandensein von erweiterten Schweifsporen, welche von einem entzündlichen Hofe umgeben sind; es entstehen dadurch punktförmige Flecke, welche durch ihre dunklere rote Färbung von der Umgebung abstechen und stellenweise Kokardenform annehmen. Aufserdem bestehen auf dem Zungenrücken, der inneren Fläche der Wangen und der hinteren Rachenwand zahlreiche und ausgedehnte weifse Plaques, welche ulceriert sind und einen geröteten Boden zeigen. Diese Erscheinungen wurden hier zum ersten Mal bei den Erythrodermien im Vorstadium der Mykosis fungoides konstatiert.

Die Meledakrankheit. Herr Ehlers (Kopenhagen) beschreibt unter dieser Bezeichnung eine Affektion, die er auf seiner Reise im Balkan beobachtete, welche irrtümlicher Weise für Lepra angesehen worden und die er mit der Darierschen Psorospermose zu identifizieren geneigt ist. Die Affektion ist endemisch und kontagiös.

Herr Darier glaubt, dafs es sich, nach den Photographien zu urteilen, nicht um Psorospermose handelt, sondern um die hereditäre und kongenitale, von Vidal unter dem Namen kongenitale symmetrische Keratose beschriebene Affektion handelt, welche zu den Naevi gehört.

Die Lepra findet man in den Balkanprovinzen überall in kleinen Herden zerstreut und hat Herr Ehlers dort auch die hauptsächlichsten Varietäten der Krankheit angetroffen. Auf Kreta sind ebenfalls verschiedene Herde und befürchtet Herr Ehlers denn auch Ansteckungen unter den Soldaten der Mächte.

Er hat auch einen Fall von Aïnhum beobachtet, d. h. von Lepra mit Mutilation und Amputation der Finger. Diese Fälle, welche selten sind, hat er zuerst beschrieben und von dem Aïnhum abgetrennt.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 4, Heft 4. 1897.

I. **Über das Chloralexanthem,** von Christian Geill-Aarhus. Die Entwickelung eines Chloralexanthems wird wohl in den meisten Fällen auf eine Idiosynkrasie gegen Chloral zurückgeführt werden müssen. Während seiner siebenjährigen Thätigkeit an der Irrenanstalt Aarhus hat Verfasser bei 32000 g Chloral, die durchschnittlich jährlich in der Anstalt verwendet werden, nur bei sechs Patienten ein Chloralexanthem sich entwickeln sehen. Die Idiosynkrasie scheint sich durch eine Vulnerabilität der Haut zu manifestieren, die in letzter Instanz wieder durch eine individuelle vasomotorische Schwäche bedingt ist. Das Chloralexanthem tritt auf in Form von flüchtigen Erythemen, besonders eines Chloralrash, das von Hitze und Kongestion zum Kopfe, Injektion der Conjunctiva und des Augengrundes begleitet ist, ferner in Form

einer Urticaria, eines papulösen Ausschlages, der häufig mit Purpura kombiniert ist. Das papulöse Exanthem bricht gewöhnlich nach mehrtägigem allgemeinen Unwohlsein (Kälte, Fieber, Kopfschmerzen, Ohrensausen etc.) an den unteren Extremitäten, besonders an der Streckseite der Gelenke aus und breitet sich dann nach dem Stamm und dem Gesichte hin aus. Es ist symmetrisch angeordnet, fängt als diskrete hellrote oder hochrote (rubeolenähnliche) Papeln an, die oft nach und nach zu grofspapulösen (masernähnlichen) Flecken oder zu einer diffusen, universellen (scharlachähnlichen) Röte konfluieren. Die Affektion ist oft von Hautjucken begleitet. Die Schleimhäute, besonders die Conjunctiva, aber auch die Mund- und Nasenschleimhaut können mit befallen sein, gewöhnlich tritt dann Ödem des Gesichts, besonders der Augenlider ein. Albuminurie ist sehr selten vorhanden. — Der Verfasser illustriert im folgenden die allgemeinen Bemerkungen über das Chloralexanthem durch die Beschreibung einer Anzahl prägnanter Fälle. Wir heben Fall 7 heraus. Derselbe betraf einen 44jährigen Syphilitiker und Alkoholisten, der an progressiver, genereller Paralyse litt und wegen nächtlicher Unruhe in der letzten Zeit mit Chloral behandelt worden war. Bei der Aufnahme in die Irrenanstalt, welcher er von einem Krankenhause überwiesen worden war, waren die Augenlider geschwollen, stark rot, der Schlund trocken. Im Gesichte und am Körper fanden sich zerstreut vereinzelte rote Knötchen. Fünf Tage später zeigte der Patient am ganzen Körper ein morbillenähnliches, aus rosa, stecknadelkopf- bis erbsengrofsen flachen, aber deutlich erhabenen Papeln bestehendes Exanthem. Nach wenigen Tagen ist dasselbe verschwunden. Auf 2 g Chloral, die der Patient wieder am Abend erhält, entwickelte sich eine neue Eruption stecknadelkopfgrofser, roter, nicht erhabener Flecken. Am Unterleibe sind sie am stärksten gefärbt, teilweise konfluierend; an einigen Stellen sieht man gleichzeitig kleine runde, dunkelrote Ecchymosen. Die Erscheinungen verschwinden, sobald das Chloral ausgesetzt wird, in wenigen Tagen. Ein dritter Versuch, dem in der Nacht aufserordentlich unruhigen Patienten Chloral zu geben, hatte eine starke Abschilferung im Gesicht und auf dem Haarboden und am übrigen Körper eine diffuse tiefe Röte der Haut zur Folge. Von Interesse ist hierbei, dafs die dritte Eruption sich erst zwölf Tage, nachdem das Chloral eingegeben worden war, entwickelte und nahezu $^3/_4$ Jahre bis zu dem infolge einer interkurrenten Pneumonie eingetretenen Tode des Patienten andauerte.

II. **Über die bei Tabes dorsalis auftretenden trophoneurotischen Veränderungen der Haut und anderer Organe**, von S. Kalischer. (Vortrag, gehalten in der Berliner dermatologischen Gesellschaft, Sitzung vom 4. Mai 1897. Vergl. das Referat hierüber Band 24, S. 621 der *Monath. f. prakt. Derm.*)

III. **Anatomie und Pathogenese der Pemphigusblasen**, von E. Kromayer-Halle. In der bisherigen Litteratur über die pathologische Anatomie der Pemphigusblasen, auch in Unnas *Histopathologie*, vermifst Verfasser ein vollständig klares, einwandfreies Bild der Anatomie und Pathogenese der Pemphigusblasen. Um diese Lücke auszufüllen, hat Verfasser an fünf Pemphigusblasen, welche drei Kranken in vivo excidiert worden waren, eingehende Untersuchungen angestellt. Die wichtigsten pathologischen Veränderungen zweier untersuchter, frisch entstandener Pemphigusbläschen sind: Ödem des kollagenen Gewebes, Abhebung der gesamten Epidermis, Exsudation einer rein serösen Flüssigkeit. Die Frage, ob diese drei Momente in einem kausalen Zusammenhange miteinander stehen, beantwortet Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen dahin: Die Loslösung der Epidermis ist unabhängig von der Stärke der Exsudation. Die Exsudation und die Loslösung der Epidermis von der Cutis sind zwei streng von einander zu scheidende Prozesse. Weiter haben die histologischen Befunde der Pemphigusblasen, insbesondere der Blasendecke

ergeben, daſs nicht nur die Epidermis in toto, sondern mit ihr — wenn nicht gleich vollständig beim ersten Male — so doch bei wiederholter Blasenerruption an derselben Stelle die gesamten Anhangsgebilde, vorzüglich die Schweifsdrüsenausführungsgänge abgehoben werden. Auf welche Weise die Abhebung der Epidermis entsteht, und welches die Ursache des Ödems des kollagenen Gewebes ist, wird uns klar, wenn wir uns mit dem Verfasser vorstellen, „daſs unter dem Einfluſs der Nerven der Chemismus der Cutisgewebe derart verändert wird, daſs die physiologisch in allen Geweben vorhandene Flüssigkeit schon genügt, das Gewebe zum Quellen zu bringen, oder daſs der veränderte Chemismus der Gewebe direkt den Reiz für eine Exsudation aus den Gefäſsen abgiebt und nun unter der stärkeren Exsudation und dem veränderten Chemismus die Aufquellung erfolgt; und fernerhin, daſs diese Gewebsveränderungen und der veränderte Chemismus als Entzündungsreiz nun auch die histologisch nachgewiesene Entzündung an älteren Pemphigusblasen hervorruft.“ Der Prozeſs ist vorwiegend als Trophoneurose anzusehen, wenngleich nicht geleugnet werden soll, „daſs auch eine vasomotorische Reizung nebenher geht, wie die klinische Erfahrung in den Erythemen lehrt, welche die Pemphigusblasen ablösen oder komplizieren können. Wodurch die Trophoneurose und Angioneurose des Pemphigus erzeugt werden, ob durch Infektion oder Intoxikation etc., das will Verfasser nicht erörtern. Es genügt ihm der aus histologischer und experimenteller Überlegung hervorgehende Beweis, daſs die Pemphigusblasen tropho- und angioneurotischer Natur zugleich sind.“

IV. **Eine seltene Deformität der Fingernägel (Koilonychia)**, von J. Heller. Die 25jährige Patientin macht in der Anamnese keinerlei Angaben, welche für die Ätiologie der Nagelaffektion zu verwerten wären. Die letztere entwickelte sich vor ca. zwei Jahren und hat nach und nach einen derartigen Grad angenommen, daſs die Kranke ihre Stelle als Dienstmädchen aufgeben und die Poliklinik aufsuchen muſste. Erkrankt sind in stärkerem Grade die Nägel der fünf Finger der rechten, weniger stark die drei Mittelfinger der linken Hand. Man kann an jeder Nagelplatte der affizierten Nägel zwei Zonen unterscheiden. Die vordere (distale) reicht von dem freien Rande bis etwa zum Beginn des vorderen Drittels der Nagelplatte. Sie ist charakterisiert durch eine ekzematöse Veränderung der Nagelsubstanz. Dieselbe zeigt nicht mehr das feste Gefüge des normalen Nagels, sondern kleine Risse, Auflagerungen, undurchsichtige Stellen etc. Der freie Rand des Nagels ist verdünnt, unregelmäſsig eingekerbt, wie angenagt. Die zweite hintere Zone der Nagelplatte ist nicht normalerweise konvex, sondern nach oben konkav gebildet. Sie zeigt eine schüsselförmige Vertiefung, der Nagelfalz ist durchaus normal, ebenso die benachbarte Haut der dritten Phalanx. Der Verfasser schlug folgende Behandlung ein: Es wurden Streifen von 15% Ol. cadinum und 30% Zinkoxyd enthaltender Paraplaste-Beiersdorf so fest wiederholt um die Nägel gelegt, daſs die anormale Krümmung wenigstens teilweise ausgeglichen wurde. Vier Wochen lang wurden diese Einwickelungen zwei- bis dreimal wöchentlich in der Poliklinik selbst gemacht. Dann pinselte die Patientin Teerspiritus auf die erkrankten Nägel und legte in der angegebenen Weise Streifen amerikanischen Heftpflasters um die Nägel. Unter dieser gewissermaſsen orthopädisch-medikamentösen Behandlung ist eine Besserung eingetreten, die in absehbarer Zeit vollständige Heilung erwarten läſst. — In der Litteratur ist nur ein Fall von Ball (*Gazette médicale de Paris*. 1874. S. 563) erwähnt, welcher an den vorliegenden erinnert. In diesem Falle bekamen die Nägel eine „näpfchenartige“ Aushöhlung. — Die anatomische Untersuchung der abgeschnittenen Nagelenden ergab weder das Vorhandensein von Luftblasen noch von Hyphomyceten. Verfasser schlägt für die Affektion den Namen „Koilonychia“ (von *κοιλός* hohl und *ὄνυχία* Nagelentzündung) vor.

V. **Über vorläufige Resultate mit dem Kochschen Neu-Tuberkulin**, von O. Lassar-Berlin. (Nach einer Krankendemonstration in der Berliner dermatologischen Gesellschaft. Sitzung vom 6. Juli 1897. Vergl. Referat hierüber in dieser Nummer unter „Versammlungen".) *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band VIII, Heft 5 und 6.

I. **Die Bedeutung des Bacterium coli für die Pathologie der Harnwege**, von Melchior. Verfasser wendet sich in dieser Arbeit gegen Rovsing, welcher gegen die Bedeutung des Bacterium coli Einspruch erhoben hatte; er hält nach wie vor den Kolonbacillus für die häufigste Ursache nicht nur der Blasenentzündung, sondern der eitrigen Leiden der Harnorgane überhaupt. Cystitis, Pyelonephritis, Nierenabcefs sind nur Wirkungen ein und derselben Ursache, der Infektion, welche sich je nach der Natur der Angriffsstelle verschiedenartig entwickelt.

II. **Vom diesjährigen Chirurgenkongrefs.** Zur Besprechung kam die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, ferner die Trippergelenkentzündung, sodann Blaseninfektion durch Katheter, Behandlung von Mastdarmstrikturen.

III. **Versuche mit Glycerin zur Sterilisierung weicher und elastischer Katheter**, von Wolff. Nach dem Prinzip: je einfacher ein Verfahren, um so sicherer ist es, versuchte Verfasser die Katheter in Glycerin aufzubewahren; dadurch erlitten sie keine Schädigung, auch nicht nach längerem Kontakt. Da sie aber nicht sicher steril wurden (Streptokokken z. B. blieben lebensfähig), so setzte Verfasser dem Glycerin 3% Formalin zu. So ging die Sache sehr schön, und man hat nur nötig, vor dem Gebrauch den Katheter in reines Glycerin zu tauchen, um das durch das Formalin hervorgerufene Brennen zu vermeiden.

IV. **Modifikationen des Operationscystoskopes**, von Nitze. Verfasser beschreibt eine nachträglich von ihm verworfene Modifikation des Operationscystoskops, bei welcher die in der Blase beweglichen Teile nach Art des Lithotriptors sich bewegten. Dieser Mechanismus gestattet aber keine freie Beweglichkeit um die Achse des Cystoskops und wurde daher verworfen.

V. **Neue Sterilisatoren für elastische Katheter und andere urologische Instrumente**, von Rob. Kutner. Verfasser beschreibt die verschiedenen von ihm konstruierten Modelle, welche bei Lautenschlaeger in Berlin zu beziehen sind, und bestimmt sind für den Arzt wie für den Patienten.

VI. **Zur Abwehr**, von Goldberg. Verfasser wendet sich gegen einen Artikel Kutners, in welchem er einige Sätze Goldbergs für irrtümlich erklärt. — Die Antwort Kutners erfolgt in einigen „Bemerkungen zu Goldbergs Abwehr".

F. Hahn-Bremen.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Herausgegeben von Dr. L. Casper und Dr. H. Lohnstein.

Band II. Heft 2—6. · 1897.

Pseudomembranöse Pyelitis, von Thorskild Rovsing. (Schlufs.) Einen ähnlichen Fall sah Prof. Lenander in Upsala. In allen Fällen handelt es sich um eine primäre Nephrolithiasis, zu welcher unter Einwirkung des Bacterium coli Membranbildungen hinzutraten. Es sind diese aber keine exsudative Ablagerungen auf der Schleimhaut, sondern eigentümliche Bildungen um den Stein, aus der ihn umgebenden Flüssigkeit hervorgegangen; denn die Massen umgaben den Stein, waren aufsen glatt,

während die croupösen Membranen aufsen rauh sind. Auch die Pelvisschleimhaut war glatt. Hämaturie, Pyurie bei Stagnation des Harns (Verstopfung des Ureters ein zweiter Fall) begünstigen die Entstehung dieser Massen. Verfasser glaubt, dafs es sich dabei um eine spezifische Eigenschaft des Bacterium coli handelt. Die Blase war stets normal, der Harn sauer. — Die Behandlung kann nur eine operative sein.

Was leistet die Cystoskopie und der Harnleiter-Katheterismus für die Diagnose der Nierenkrankheiten und für die Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasenaffektionen, von Leopold Casper. (Heft 2 und 3.) Verfasser beleuchtet zunächst die Unzuverlässigkeit des klinischen Bildes, der subjektiven und objektiven Symptome für die Diagnose von Nieren- und Blasenleiden. Weder die Schmerzempfindung, noch die Harnveränderungen, noch die Art der Blutungen beweisen etwas mit Sicherheit. Positives leistet die Cystoskopie. Sie entscheidet im Verein mit dem Harnleiterkatheterismus, ob eine oder zwei Nieren vorhanden sind, inwieweit eine Niere degeneriert und funktionsuntüchtig ist, welche Niere krank ist; ob diese oder die Blase affiziert ist, ob Hindernisse im Ureter vorhanden sind, wo dieses sitzt, wo Blasen- und Ureterenfisteln sitzen. Der Harnleiterkatheterismus ist auch von Nutzen zum Schutze der Ureteren bei gröfseren gynäkologischen Operationen. Die Cystoskopie ist die Methode der Gegenwart, sie ist allen anderen Untersuchungsmethoden überlegen.

Pathologie und Therapie der Prostatitis chronica nebst Bemerkungen über die Behandlung der sexuellen Neurasthenie, von S. Grosglik. (Heft 3—5.) Auf Grund eigener Beobachtungen und Erfahrungen giebt Verfasser eine Darstellung der Prostatitis chronica, die eine häufige Komplikation der Blennorrhoe ist. Meistens entsteht sie per continuitatem, zuweilen ist aber auch kein Entzündungsprozefs in der Urethra posterior nachzuweisen, sei es, dafs er so unbedeutend war, dafs er übersehen wurde, sei es, dafs die Affektion in ihr keinen geeigneten Boden fand. Das selbständige Auftreten einer chronischen Prostatitis ohne vorhergehende akute Prostatitis scheint ein seltenes zu sein. — Die Urethritis hält Verfasser für die einzige Ursache derselben, wenn erstere auch nicht nur eine blennorrhoische gewesen zu sein braucht. — Anatomisch kann man unterscheiden eine desquamative Form, eine eiternde Form. Das das Drüsenparenchym umgebende Bindegewebe kann durch kleinzellige Infiltration sekundär schrumpfen, die Drüsenkanälchen komprimieren. Selten ist die Drüse vergröfsert. Durch Druck des anschwellenden Samenhügels können die Mündungen der Ductus ejaculatorii verengt werden, auch kann sich die Entzündung auf letztere fortpflanzen. — Die an chronischer Prostatitis leidenden Männer altern meistens früh und zeigen Erscheinungen starker nervöser Schwäche, allgemeiner Neurasthenie. Zahlreich sind die die Patienten heimsuchenden, meist durch Reflex hervorgerufenen Gefühlsstörungen in den Genitalorganen. Eine Abnahme der Potenz hat Verfasser nicht beobachtet. — Betreffs der Prostatorrhoe unterscheidet der Verfasser vier Arten: 1. Prostatorrhoea vera, beständig abfliefsendes prostatisches Sekret; 2. Prostatorrhoea mictionis et defaecationis; 3. Prostatorrhoea expressionis, durch Druck auf die Prostata eintretend; 4. Prostatorrhoea latens, ohne sichtbare Ausscheidung. Die erste Form ist sehr selten, die zweite nicht häufig, die dritte am häufigsten, die vierte oft beobachtet.

Für chronische Prostatitis charakteristisch ist nur die durch Fingerdruck auf die Drüse entleerte Flüssigkeit, wenn dieselbe Eiterkörperchen enthält. Schmerz auf Druck ist stets vorhanden, wenn auch oft nur an umschriebenen Stellen der Drüse. Die Veränderung der Konsistenz ist ein inkonstantes Symptom. Harnstörungen sind meist vorhanden, ohne aber etwas charakteristisches zu bieten. Harndrang, Schmerz am Ende des Urinierens, Variieren in der Dicke des Harnstrahls, Nachträufeln des

Harns quälen oft die Kranken. Letztgenanntes Symptom ist auch bei anderen Leiden beobachtet; es wird von Ultzmann auf einen Krampf, von Peyer auf eine Schwäche des Kompressor zurückgeführt. Der Harn enthält Fäden, aber nur in den zwei ersten Portionen, die dritte ist stets frei. — Durch Reflex tritt bei den neurasthenischen Kranken oft eine Phosphaturie auf, meistens intermittierend, selten längere Zeit anhaltend. Dieselbe wirkt reizend ein. Zuweilen wechselt sie ab mit Oxalurie. Beide Veränderungen sind manchmal begleitet von Urina spastica. Bestehende Spermatorrhoe kennzeichnet sich durch linsenförmige, gallertartige, Sagokörnern ähnelnde Körperchen, die sich in der letzten Harnportion finden und sich schnell zu Boden senken. Der Samen mischt sich dem Harne zu Ende des Urinierens, ist nicht unabhängig vom Urinieren entleert und die Blase regurgitiert.

Der Verlauf der chronischen Prostatitis ist ein sehr hartnäckiger, ihre Heilung zweifelhaft. Die Fälle sind verschieden schwer, Schwankungen im Befinden kommen vor. — Für die Diagnose ist die durch Massage der Prostata nach dem Urinieren exprimierte Flüssigkeit von größter Wichtigkeit. Wo dieselbe sehr spärlich ist, thut man gut ein wenig Harn vor dem Exprimieren in der Blase zurückzulassen. Bei Komplikationen mit Harnröhren- oder Blasenentzündungen muß man vorher in entsprechender Ausdehnung gründlich ausspülen, wobei der benutzte Katheter nur mit Glycerin befeuchtet werden darf. Für den normalen Prostatasaft sind charakteristisch: die Lecithinkügelchen, feinkörniger Detritus, das Entstehen von Samenkrystallen bei Zusatz von Phosphorsäure und der Mangel an Leukocyten; die vorhandenen cylindrischen Zellen sind den aus den Cowperschen Drüsen stammenden sehr ähnlich. Die Beimengung von Eiterkörperchen ohne Rücksicht auf die Zahl kennzeichnet die Prostatitis. Daneben fällt oft noch auf die Menge der cylindrischen Epithelien, welche bei der desquamativen Form sogar sehr groß ist. Nach Fürbringer findet man zuweilen auch fertige Samenkrystalle, indem Phosphor aus aufgelösten Zellelementen frei wird und sich mit Spermin verbindet. Auf Gonokokken muß stets gefahndet werden; Verfasser selbst hat allerdings niemals solche gefunden. — Differentialdiagnostisch muß zunächst ausgeschlossen werden die Urethorrhoea ex libidine, deren Sekret in jeder Beziehung vom prostatischen abweicht, die Spermatorrhoea und Azoospermatorrhoe, die oft die Prostatitis chronica komplizieren. Urethritis posterior, das Harnnachträufeln, die Prostatahypertrophie, die Tuberkulose der Prostata. Betreffs der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Die lokale Therapie bietet wenig Erfolg. Die Entzündung zu beseitigen gelingt kaum, man erzielt durch dieselbe nur eine Linderung der Beschwerden, kann aber auch durch übermäßige instrumentelle Behandlung, zumal bei hochgradiger Neurasthenie, großen Schaden stiften. Man muß deshalb sehr kritisch vorgehen. In leichten Fällen thut man lokal nichts, reguliert die Diät und die Lebensweise, empfiehlt maßvolle Hydrotherapie. Heftige örtliche Beschwerden indicieren lokale Behandlung durch den Mastdarm oder durch die Harnröhre. Die von vielen Autoren empfohlene Massage nützt nach Verfassers Ansicht bei der chronischen Prostatitis garnichts. Mit der Anwendung von Suppositorien muß man zurückhaltend sein. Gegen Sensibilitätsstörungen empfiehlt sich:

Kal. bromat. 0,2—0,3
(*Extr. belladonnae* 0,15 oder *Morph. muriat.* 0,01—0,015)
Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos.

Gut wirken hier auch die Apparate zur Applikation von Wärme von Arendberg oder Finger, welche in den Mastdarm eingeführt werden. — Endourethral geht man nur da vor, wo diese Manipulationen nicht nützen. Bei gleichzeitiger Urethritis posterior sind Instillationen, Salben, Bacillen am besten mit Argentum nitricum

¼—5% am Platze. Wo keine Schleimhautentzündung besteht, sind Metallsonden und Kühlsonden zu verwenden, aber mit Vorsicht. Grofse Dienste leisten die Sonden beim Harnnachträufeln. Dieselben bestreicht man in manchen Fällen noch mit kaustischen Salben nach Unnas Vorschrift (Butyr. Cacao 100,0, Cer. flav. 2,0, Arg. nitr. 1,0, Bals. Peruvian. 2,0). — Die Kühlsonde ist besonders nützlich bei Spermatorrhoe, bei Prostatitis chronica. Verfasser führt gewöhnlich Sonde und Psychrophor abwechselnd alle zwei Tage ein. — Einige Abbildungen mikroskopischer Präparate sind der inhaltreichen Arbeit beigefügt.

Ein Fall von Urethritis tuberculosa, von Albert Seelig. (Heft 4 und 5.) Nachdem Verfasser ausführlich unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur den Infektionsmodus bei der Genitaltuberkulose erörtert, wendet er sich der Besprechung der Urethraltuberkulose des Mannes zu. Diese tritt nach Englisch als ulceröser Prozefs und als Periurethritis auf. In der Schleimhaut bilden sich Knötchen, dieselbe wird blafs, stellenweise hyperämisch, verliert ihr sammetweiches Aussehen. Die Falten treten stärker hervor, ihr Rand scheint mit Knötchen besetzt. Allmählich entstehen kleine Geschwüre mit ausgezacktem, unterminiertem Rand und schleimig-eitrigem Sekret. An anderer Stelle sagt Englisch, dafs die Schleimhaut durch Infiltration starr und leicht zerreifslich wird, sich mit croupösem Belag bedeckt. Die Periurethritis ergreift bei Affektion der vorderen Harnröhre die Corpora cavernosa, in der Pars membranacea das umgebende Gewebe; Eiterungen, Fistelbildung sind die Folgen. Strikturen nach Vernarbung tuberkulöser Geschwüre sind viermal erwähnt. An Leichen ist Urethraltuberkulose sehr häufig gefunden, seltener bei Lebenden konstatiert. — Der vom Verfasser beobachtete Fall betrifft einen 25jährigen Patienten, der neben Epididymitis sinistra, beginnender Lungentuberkulose, starken Harndrang zeigt. Der Urin ist trübe, zeitweilig eitrig; aus der Urethra fliefst ein eitrig getrübtes Sekret, welches kleine Bröckel enthält. In der Pars cavernosa findet man endoskopisch ein eigentümliches Bild. Die Schleimhaut ist mit einer grauweifsen Membran bedeckt, die leicht abzustreichen ist; die Schleimhaut unter derselben ist anämisch. Die Trichterbildung ist weit klaffend, ein Zeichen beginnender Infiltration. In der Mitte der Pars cavernosa sieht man eine Reihe deutlich ausgeprägter Morgagnischer Crypten, umgeben von einem erhabenen Hof. Die hintere Harnröhre auch etwas belegt, anämisch; an der oberen Wand zwei stecknadelkopfgrofse, graugelbliche Knötchen, in der Pars prostatica ein höckriger Tumor von der Gröfse einer halben Erbse. Auf dem Blasenboden drei gerötete und gewulstete Stellen, zum Teil mit dickem Eiter belegt. Aus dem rechten Ureter entleert sich Blut. Das Mikroskop ergiebt, dafs die Bröckel im Urin fast Reinkulturen von Tuberkelbacillen sind. Es handelt sich wohl in diesem Falle um eine von der Epididymitis ausgehende ascendierende, sekundäre Urogenitaltuberkulose.

Experimentelle Untersuchungen über die Prostata mit Rücksicht auf die modernen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie, von Leopold Casper. (Heft 5.) Über den physiologischen Zusammenhang von Prostata und Testes findet man vielfach Angaben in der Litteratur. Verfasser skizziert dieselben. Auch experimentell ist derselbe schon von einer Reihe von Autoren geprüft worden, es lassen aber diese Arbeiten viel zu wünschen übrig. Zum Teil fehlt es an Vergleichsobjekten, die sorgsam ausgewählt werden müssen, da das Verhältnis von Stroma und Parenchym in der Prostata schon in der Norm je nach Alter und Race der Tiere, ja sogar individuell sehr variiert. Zum Teil werden genaue histologische Schilderungen vermifst. Verfasser hat, um die Fehlerquellen möglichst zu vermeiden, nur Tiere von demselben Wurf zu seinen Experimenten benutzt. Er prüfte: 1. Wie wirkt die doppelseitige Kastration? 2. Wie die einseitige Kastration? 3. Wie wirkt die

doppelseitige Vas deferens-Excision? 4. Wie die einseitige Vas deferens-Excision? 5. Wie wirkt die Prostadenfütterung beim Pferde? — Die Ergebnisse, mikroskopisch geprüft, waren folgende: Doppelseitige Kastration bewirkte stets Atrophie der Prostata; doppelseitige Excision des Vas deferens verursachte nur einmal Schrumpfung, die anderen Male blieb sie ohne Einfluſs; einseitige Kastration, einseitige Vas deferens-Excision und Verfütterung von Prostaden übte auf Entwickelung und Beschaffenheit der Prostata keinen Effekt aus. Die Inkonstanz der Resultate bei doppelseitiger Excision des Vas deferens, die übrigens auch keine Hodenatrophie während 4½ Monate der Beobachtung bewirkte, beruht vielleicht darauf, daſs die Nervenverbindungen in den negativen Fällen sich wiederherstellten. Diese Frage bedarf noch weiterer Prüfung. — Belehrende Wiedergaben mikroskopischer Präparate illustrieren die Ausführungen.

Über den Wert der Kastration bei Prostatahypertrophie, von Carl Beck. Nach einer theoretischen Erörterung der Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Genitalorganen, wobei besonders die analogen Verhältnisse beim Weibe berücksichtigt werden, hebt Verfasser die Unanfechtbarkeit der guten Resultate von White und anderen hervor. Um die Mortalität herabzusetzen, die bei White noch 18% beträgt, bedarf es zunächst peinlichster Asepsis. Verfasser verfährt folgendermaſsen: Rasieren, warmes Vollbad mit Bürstenabseifung, darauf Umschlag mit grüner Seife für 24 Stunden und länger; in der Narkose nochmals einseifen, mit Spiritus und Sublimat abreiben, bei empfindlicher Haut statt dessen längeres Auflegen von Burow'scher Lösung; bei der Operation Umgeben der Wunde mit sterilem Tuch; Seide zur Naht; keine Drainage. Die Patienten sollen möglichst nach 48 Stunden aufstehen. (Schluſs folgt.)

Ein Fall von Prostatectomia suprapubica mit Ausgang in Heilung, von A. W. Mayo Robson. Ein 61jähriger Patient mit Prostatahypertrophie und Cystitis fühlte sich bei entsprechendem Verhalten ein Jahr lang ganz wohl. Als eine Verschlimmerung eintrat, konnte ein Calculus hinter der Prostata und eine Verdickung oberhalb des Gebietes des rechten Ureters gefühlt werden. Durch Sectio alta wurde der taubeneigroſse Stein entfernt, dann noch der hypertrophische mittlere Teil der Prostata excidiert. Die starke Blutung stand nach wiederholter Spülung mit heiſser Tinctura Hamamelis; Drainage; völlige Heilung nach sechs Wochen. — Verfasser legt noch mit einigen Worten eine Lanze zu Gunsten der Prostatectomie gegenüber der Kastration ein.

Untersuchungen über die Histologie des Eiters bei der akuten Blennorrhoe, von H. Lohnstein und Hans Hirschfeld. Da über das Vorkommen, die Herkunft, die Bedeutung der eosinophilen Zellen und Mastzellen, wie die Verfasser an der Hand der Litteratur ausführen, noch teilweise vollkommene Unklarheit herrscht und Widersprüche bestehen, speziell auch bei Blennorrhoe auf das Vorhandensein von Mastzellen noch gar nicht untersucht ist, haben die Verfasser die Prüfung dieser Fragen in Angriff genommen. Zunächst berichten sie über die Befunde bei einfacher, akuter Blennorrhoea anterior. Der Eiter wurde durch dreimaliges Durchziehen durch die Flamme am Deckglas fixiert; Färbung teils mittels Triacidmischung behufs Nachweises der eosinophilen Zellen, teils mit saurer Dahlialösung zur Darstellung der Mastzellen, teils mit Löffler'scher Methylenblaulösung zur Färbung auf Gonokokken. Die Häufigkeit der Zellen wurde festgestellt, indem man 20—30 Gesichtsfelder durchzählte und dann eine Durchschnittszahl für 10 Gesichtsfelder extrahierte. — Es wurden 26 Fälle täglich untersucht. Behandlung der Blennorrhoe mit Argentum nitricum (1 : 5—8000), in einigen Fällen nach Janet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.

Juni 1897.

I. **Ein Fall von Dermatitis herpetiformis mit einigen eigentümlichen Merkmalen,** von M. Morris und A. Whitfield. Die Affektion begann bei der 42jährigen Patientin im Januar 1895 mit Trockenheit im Rachen. In einigen Tagen zeigte sich eine Gruppe von Blasen auf der Zunge; vier Wochen später erschienen solche auf dem Kinn. Der Fall wurde als Schafpocken diagnostiziert und Patientin angewiesen ein Bad zu nehmen. Unmittelbar darauf kamen Blasen im Gesichte, an den Armen, Beinen, einige wenige an Brust und Rücken zum Vorschein. Das Abdomen war frei. Viele Efflorescenzen heilten ab, während neue Ausbrüche andere Stellen befielen. Die Blasen erreichten stellenweise Wallnufsgröfse. Zuletzt wurden auch noch die Fufssohlen ergriffen. Die subjektiven Symptome waren grofse Schmerzhaftigkeit im Munde, an den Augen und Nase und zeitweilig heftige Juckparoxysmen und Brennen. Die Affektion recidivierte mehrere Male, zuletzt Oktober 1896. Gegenwärtig zeigt die Patientin zahlreiche, stecknadelkopf- bis kleinerbsengrofse Bläschen in der Mundhöhle, namentlich auf der Zunge. Die Unterlippe hat an der Innenfläche eine weifse, etwas feste Plaque, die aus konfluierten Bläschen entstanden zu sein scheint. An der Innenseite des rechten Armes, nahe der Achselhöhle, sieht man zwei Efflorescenzen, welche genau den Vaccinebläschen am 6. oder 7. Tage gleichen. Am linken Arme befinden sich ein bis zwei jüngere Efflorescenzen. Die Affektion verschlimmert sich im weiteren Verlaufe. Die bakteriologische Untersuchung des Inhalts der Bläschen ergab die gewöhnlichen Eiterorganismen, aber keine Bacillen. Das Blut enthielt auf dem Höhestadium der Attacke zahlreiche eosinophile Zellen von grobkörnigem Typus. Der Fall ist bemerkenswert wegen der seltenen Lokalisation der Efflorescenzen der Dermatitis herpetiformis (Duhring) auf den Schleimhäuten, namentlich der Mundschleimhaut, die fast nie mehr frei wurde.

II. **Neue Untersuchungen über Seborrhoe und ihre Folgeerscheinungen,** von Leslie Roberts. Der Verfasser unterzieht die diesbezüglichen Arbeiten Sabourauds in den *Annales de l'Institut* (Tome XI, pag. 134) und in den *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (Tome VIII, pag. 257) einer interessanten kritischen Besprechung, deren Endergebnis ist, dafs der Prozefs der Alopecia areata wesentlich eine Talgdrüsenerkrankung darstellt, bei welcher, wie bei der Seborrhoea, die verstärkte fettige Metamorphose und die aus derselben resultierende vermehrte Fettabsonderung begleitet ist von einer verminderten und schliefslich ganz aufhörenden Keratinmetamorphose und Haarbildung. Möglicherweise wird diese Hypertrophie der Talgdrüsen durch die Wirkung eines spezifischen Organismus zu stande gebracht, der konstant in dem Fettstrome anwesend ist. Die sistierte Haarbildung wird, obwohl sie mit der Fettmetamorphose in Zusammenhang steht, vielleicht durch einen bislang noch nicht klargestellten Mechanismus hervorgerufen.

Juli 1897.

I. **Der Einfluſs des Lichtes auf die Haut,** von Robert S. Bowles. (Vortrag, gehalten in der dermatologischen Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland, Sitzung vom 26. Mai 1897.) Die Haut zeigt je nach der Rasse, dem Alter, dem Geschlechte, der Idiosynkrasie der Individuen Verschiedenheiten in anatomischer, physiologischer und pathologischer Beziehung. Sie wechselt in der Dicke, Farbe und Sensibilität, im Epithel, in der Entwickelung der Haare und Nägel, in der Beschaffenheit der Blut- und Lymphgefäfse, der Nerven und des Zellgewebes. Physiologisch zeigt sie Verschiedenheiten in der Sekretion, Exkretion, in der Temperaturregulierung, in der Widerstandsfähigkeit gegen äufsere Einflüsse, wie Reibung, Bewegung, chemische

Agentien, Kälte, Hitze, schliefslich auch gegen das Licht. Im folgenden werden die Wirkungen des Sonnenlichts, des elektrischen Lichts, der Röntgenstrahlen einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Die Beobachtungen des Verfassers werden in nachstehenden Sätzen zusammengestellt: 1. Die Hitze ist nicht die Ursache des Sonnenbrandes. 2. Es sind genügend Beweise dafür vorhanden, dafs der Sonnenbrand durch die violetten und ultravioletten Strahlen des vom Schnee reflektierten Sonnenlichts verursacht werde. 3. Kapitän Abney findet, dafs die violetten oder ultravioletten Strahlen in beträchtlichen Gebirgshöhen sehr wirksam sind, und glaubt einen Zusammenhang zwischen dieser Höhe und dem Sonnenbrande zu erkennen. Die Höhe allein kann jedoch den Sonnenbrand nicht erklären; denn man kann auf 10000 Fufs hohen Felsen unverbrannt sein, beim Herabsteigen auf weit niedrigere Gletscher aber sofort von den Sonnenstrahlen affiziert werden. 4. Sonnenbrand und Schneeblindheit entstehen aus ähnlichen Ursachen. Sonnenstich und Sonnenfieber stehen mit den durchdringenden Lichtstrahlen in Verbindung. 5. Die Strahlen des elektrischen Lichtes haben denselben Effekt wie die vom Schnee reflektierten Sonnenstrahlen. 6. Die Bronzefärbung der Haut und das Braunwerden der hölzernen Sennhütten wird wahrscheinlich durch die vom Schnee reflektierten Strahlen hervorgerufen. 7. Die verschiedenen Farbstoffe, besonders diejenigen, welche Rot und Gelb enthalten, vermögen die reflektierten Strahlen zu verändern oder aufzuhalten und den physiologischen und pathologischen Veränderungen, die aus denselben gewöhnlich resultieren, vorzubeugen. 8. Die Sommersprossen, die nur die milderen Wirkungen der leuchtenden oder chemischen Strahlen sind, halten das Eindringen solcher Strahlen in die Haut auf. 9. Einige ernstere entzündliche Veränderungen infolge des Sonnenbrandes, beispielsweise die sogenannten „Sommereruptions“ Hutchinsons, verdanken ihre Entstehung dem Eindringen der hellen oder photochemischen Strahlen durch die Haut in die tieferen Gewebe. 10. Die Photographie weist oft das Vorhandensein von Sommersprossen und anderen Hauterscheinungen nach, wo das unbewaffnete Auge sie nicht entdecken kann. 11. Das Holz der Schweizer Sennhütten ist durch die vom Schnee reflektierten Strahlen fast ganz schwarz verbrannt. 12. Verfasser hat oft gezeigt, dafs Lichtstrahlen, welche von gewissen Flächen, wie Wasser, Gold, Silber, weifsen Wänden, weifsen Segeln, Wolken und Nebel reflektiert werden, physiologisch in eigentümlicher und ganz anderer Weise wirken als die direkt auffallenden Strahlen, und dafs irgend eine physikalische, bisher nicht aufgeklärte Veränderung im Licht während oder nach der Reflexion vor sich geht.

Auf Grund dieser und vieler anderer Beobachtungen spricht Verfasser seine Ansicht aus, dafs die Röntgenstrahlen wahrscheinlich Modifikationen des gewöhnlichen Lichtes, und dafs ihre weitere Erklärung Hand in Hand gehen mufs mit einem weiteren Eindringen in die tieferen, durch Reflexion des Lichtes verursachten Veränderungen, wie sie oben beschrieben worden sind. Die Litteratur über diesen Gegenstand bezeichnet der Verfasser als spärlich. Die Arbeiten über Hutchinsons Sommereruptionen, unter anderen die von Handford, Broes van Dort, Buri, Berliner, Mibelli, die den Einfluſs des Lichtes auf die Haut in den Bereich ihrer Betrachtung ziehen, scheint der Verfasser nicht zu kennen. Abgesehen davon ist die Arbeit interessant geschrieben und reich an beachtenswerten Beobachtungen.

Diskussion: Dr. H. R. Crocker zweifelt nicht, dafs in manchen Fällen die chemischen Strahlen des Sonnenlichts einen deletären Einfluſs auf die Haut ausüben, was jedoch die Sommersprossen und andere derartige Pigmentflecke betreffe, so wirke häufig das Licht doch nur indirekt und affiziere die Haut in ausgedehntem Mafse durch das Nervensystem. Es sei bekannt, wie oft tief dunkle Pigmentflecke an den verschiedensten Körperstellen erscheinen, wo kein Grund vorhanden sei, zu glauben,

dafs das Licht hier einen Einflufs ausübe, wo vielmehr innere Störungen, besonders gewisse viscerale Veränderungen sowohl vom Uterus wie vom Darmtractus aus eine ursächliche Rolle spielen. Er erinnere ferner an die Pigmentationen nach gewissen Formen der Dermatitis, bei chronischem Ekzem der Unterschenkel. Zweifellos haben auch andere Autoren ähnliche Pigmentanomalien beobachtet, die nicht direkt mit dem Sonnenlichte in Verbindung zu bringen seien. Bezüglich der Röntgenstrahlen könne er die Angaben Bowles' bestätigen. Für die Wirkung der chemischen Strahlen bilden die Augen noch einen empfindlicheren Messer als die Haut. — Dr. Walsh glaubt, dafs die Röntgenstrahlen im stande wären sowohl oberflächliche wie tiefer gelegene Gewebe des menschlichen Körpers zu schädigen. In einem Falle hätte sich ein Gastrointestinalkatarrh entwickelt, in anderen seien unter der Einwirkung von Röntgenstrahlen Kopfschmerzen, Erbrechen, Betäubung, erhöhte Temperatur, kurz Erscheinungen entstanden, die lebhaft an „Sonnenstich" erinnerten. — Dr. Pernet bemerkt, es sei noch zweifelhaft, ob die X-Strahlen direkt solche Wirkungen hervorrufen; neuerdings stellten einige Autoren dies in Abrede, vielmehr seien dafür die unter dem Einflusse der X-Strahlen sich entwickelnde Hitze, das Ozon und vielleicht auch die Salpetersäure verantwortlich zu machen. Die Wirkungen erfolgten namentlich bei langdauernden Expositionen in kurzen Intervallen. Man schütze den Patienten am besten durch einen Aluminiumschirm. — Dr. Payne erinnert an die bemerkenswerte Thatsache, dafs Pockenkranke, welche in einem tief verdunkelten, allenfalls nur rotes Licht durchlassenden Raum, wie in einer Dunkelkammer eines Photographen, gehalten wurden, mit einem glatten, nicht von Narben entstellten Gesichte genasen. Solche Patienten hatten nach den Beobachtungen von Finsen auch kein sekundäres Fieber. Im Mittelalter empfahlen einige Doktoren, allerdings von einem Aberglauben dazu verleitet, Pockenkranke in rote Tücher zu hüllen und ihre Betten mit roten Vorhängen zu umgeben. Es herrschte der Glaube bei den arabischen Ärzten, dafs rote Gegenstände die Kraft besäfsen, Fieber aus dem Körper herauszutreiben. — Dr. Bowles erwidert eingehend auf die Bemerkungen der Vorredner.

II. **Ein Fall von recidivierendem und bilateralem Herpes zoster**, von W. Beatty-Dublin. Der 35jährige Patient kam in die Behandlung des Verfassers wegen eines aufserordentlich schmerzhaften Bläschenausschlages, der vorwiegend die Genitocrural- und Analgegend ergriffen. Die Diagnose auf bilateralen Herpes zoster stützte sich auf folgende Gründe: 1. Die Efflorescenzen waren zu Gruppen vereinigte Bläschen auf einer entzündeten Basis. 2. Die Affektion war sehr schmerzhaft und verursachte dem Patienten schlaflose Nächte. 3. Der Verlauf der Affektion war der eines Herpes zoster. Die Entzündung liefs in 10—14 Tagen nach. — Der Ausschlag recidivierte einige Male innerhalb von 2½ Jahren. Bei allen Attacken war ein cirkulärer, tiefroter Hof in dem rechten Handteller zu sehen; an dieser Stelle entwickelten sich jedoch keine Bläschen. Die Krankheit war zumeist symmetrisch, aber einige der korrespondierenden Läsionen zeigten nicht auf beiden Seiten die gleichen Dimensionen.

III. **Ein Fall von recidivierendem, bilateralem Herpes zoster**, von H. T. Bewley-Dublin. Die 84jährige, verheiratete Patientin leidet seit ihrer Kindheit an einem recidivierendem Ausschlage, der gewöhnlich am linken Gesäfse, selten am rechten, in Form von kleinen weifsen Bläschen auftritt, nicht schmerzhaft ist und nach Verlauf von 4—5 Tagen verschwindet. Bei der gegenwärtigen im April 1897 aufgetretenen Attacke fühlte sie Schmerzen in den Hüften, in den Beinen und Kniekehlen. Sie war gezwungen, im Bette zu bleiben. Einige Tage nach diesen Prodromalsymptomen zeigten sich an beiden Seiten des Rückens etwa 20 typische Herpes-

bläschen. Die Schmerzen liefsen nach vier Tagen nach und die Bläschen trockneten in der gewöhnlichen Weise ein, Am Gesäfs sieht man zahlreiche alte Narben.

C. Berliner-Aachen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897. No. 5.

I. **Über die gonokokkenfreien Harnröhrenentzündungen**, von GUIARD. Aufser den blennorrhoischen Ausflüssen aus der Harnröhre giebt es aber auch solche, die nie etwas mit der Blennorrhoe zu thun hatten, sondern ihrer Natur und Abstammung nach sehr verschiedenartig sind. Die Erkennung derselben kann manchmal schwierig sein. Das sind nun die Urethritiden, welche von Anfang an keine Gonokokken führen und die eben GUIARD in seiner Abhandlung genau berücksichtigt. Schon früher haben Autoren mit mehr oder weniger Bestimmtheit Trennung der Urethritiden aufrecht erhalten, aber erst seit der Entdeckung des Gonococcus läfst sich die Frage diagnostisch besser bearbeiten. Die in Betracht kommenden Urethritiden teilt GUIARD nach dem Vorgange von MARCEL SÉE und FAITOUT in folgender Weise ein:

Nicht Gonokokken führende Urethritiden I. infolge einer inneren Ursache, II. infolge einer äufseren Ursache; III. die nicht Gonokokken führenden Urethritiden können spontan oder durch geschlechtliche Beziehungen entstehen, können bakteriell oder aseptisch sein.

Ad I. Die innere Ursache kann bestehen in einem allgemeinen pathologischen Zustande: Parotitis, Typhus, Wechselfieber, Diabetes, Syphilis, Tuberkulose, Rheumatismus, Gicht, Arthritismus und Herpetismus oder sie besteht in den zugeführten Speisen, Getränken und Arzneimitteln. — Ad II. Die äufsere Ursache ist entweder eine traumatische (Aufenthalt oder Durchtritt fremder Körper, reizende Einspritzungen) oder eine sexuelle (Erektionen, Masturbation, Coitus). — GUIARD widmet jeder einzelnen Ursache eine kritische Besprechung, das Resultat kann hier nur in Kürze angegeben werden: Ad I. Die Existenz einer Urethritis infolge von Parotitis scheint nicht bewiesen. Für das Vorkommen einer Urethritis mit Typhus als Ursache ist nur ein Fall verwertbar, in welchem zahlreiche Kokken, keine Gonokokken nachgewiesen wurden. Aber es ist wohl denkbar, dafs es sich dabei um eine lokale Gangrän handelte, wie sie auch an anderen Stellen bei Typhus vorkommt. Ob durch Intermittens und Diabetes Urethritiden erzeugt werden können, ist noch zweifelhaft, jedenfalls sind solche Fälle grofse Seltenheiten. Bei Syphilis und zwar im sekundären Stadium kann auf der Harnröhrenschleimhaut ein verschiedengeartetes Exanthem: Flecke, erythematöse Röte entstehen und eine klebrige Absonderung, verbunden mit Kitzeln, hervorrufen, aber auch dieses Vorkommnis dürfte zu den Seltenheiten gehören. Die Tuberkulose der Harnröhre allein bei Abwesenheit von Tuberkulose in den übrigen Harn- und Geschlechtsorganen wird gewifs schwer aufzufinden sein; bis jetzt wurde ein sicherer Fall von Tuberkulose nur in der vorderen Harnröhre nicht nachgewiesen. Für die Gicht mufs man prinzipiell die Möglichkeit zulassen, dafs sie Urethritis erzeugen könne, aber noch immer sind Zweifel erlaubt und eine weitere klinische und namentlich mikroskopische Kontrolle nötig. Prognose ist jedenfalls günstig, aber auch hier haben örtliche Eingriffe zu unterbleiben. Ob der Arthritismus, jene Disposition zu Hautleiden, besonders Flechten, wie Ekzem, Psoriasis, auch die Harnröhrenschleimhaut so zu reizen vermag, dafs unter dem Einflusse gewisser Speisen und Getränke eine Urethritis, sei es auch gutartigen Charakters entsteht, bleibt noch zweifelhaft. Auch der Herpetismus, jene Disposition, welche so häufig Herpes praeputialis hervorruft, soll eine ziemlich leb-

hafte Entzündung der Harnröhre bewirken können. — Was die Harnröhrenentzündungen betrifft, die bloſs ab ingestis, durch gewisse Speisen, Getränke und Medikamente entstehen sollen, so weiſs die frühere Litteratur vieles darüber zu berichten; es ist aber sehr zweifelhaft, ob sich dies noch aufrecht zu erhalten vermag.

Ad II, A. Urethritiden traumatischen Ursprungs. Katheterismus. Die Einführung von Instrumenten in die Harnröhre bleibt bei manchen Menschen ganz ohne Reiz, andere erfahren einen solchen von verschiedenartiger Dauer, es giebt dabei eine Urethritis. Hier kommen zwei Momente in Betracht: das Trauma einerseits und ferner die Infektion. Diese stehen öfters in einem kausalen Zusammenhange. Die Infektion ist nicht unter allen Umständen bei Einführung eines Instrumentes sicher, Man hat unabsichtlich schon sehr infizierte Instrumente in die Harnröhre eingeführt, ohne daſs diese gereizt wurde; sobald aber irgend eine Verletzung vorausgegangen, wird die Infektionsmöglichkeit sehr viel gröſser; unsaubere Instrumente werden dann Urethritiden hervorrufen, bei denen dann verschiedenartige Bakterien beteiligt sein können. Auch scheint es, daſs die vorderen Partien der Harnröhre vermöge ihres dickeren Epithels der sekundären Infektion weniger zugänglich sind als die tieferen Teile. Bekannt ist ferner, daſs Instrumente, die längere Zeit in der Harnröhre bleiben, z. B. Verweilkatheter, trotz aller Vorsicht in der Handhabung und trotz aller Reinlichkeit und Antisepsis eine Urethritis erzeugen. Diese rührt vermutlich davon her, daſs die verschiedenartigen Bakterien, welche für gewöhnlich in der Harnröhre sich aufhalten, durch die Anwesenheit des Fremdkörpers erst zur Aktion getrieben werden. Jedoch findet man solche Mikrobien bei diesen Urethritiden nicht immer vor. Ähnlich wie Instrumente wirken auch Steine oder Fragmente. Auch fortgesetzte Harnröhreneinspritzungen wirken bekanntlich reizend, unterhalten eine Urethritis. Diese heilt gewöhnlich, sobald die Injektion unterbleibt. Bakterien fehlen meistens.

Ad II, B. Harnröhrenentzündungen geschlechtlicher Herkunft, aber frei von Gonokokken. Gegenüber denjenigen Urethritiden, welche durch Erektionen oder Masturbation entstanden sein sollen, sind ernste Bedenken nicht zu unterdrücken; ihre Schilderung legt den Gedanken nahe, daſs es um Blennorhoe sich handelte. Coitus: Sicherlich giebt es auch Urethritiden ohne Gonokokken, welche dem Coitus ihren Ursprung verdanken. Es sind das diejenigen Formen, welche in der vorbakteriologischen Zeit Diday schon kannte und als Blennorrhoiden bezeichnete, diese teilte er wieder in Urethritis herpetica, die oben schon angeführt wurde, und in Urethrorrhoe. Letztere erfolgt etliche Stunden bis drei Tage nach dem betreffenden Coitus, läſst einen klaren, graulichen, nicht reichlichen, mehr wässerigen als eiterigen Ausfluſs erkennen, der bloſs etwas Kitzel in der Röhre verursacht. Gegenüber örtlicher Behandlung ist der Prozeſs sehr hartnäckig, verschwindet aber schlieſslich von selbst. Durchaus zurückzuweisen ist die Ansicht, als ob zur Zeit der Periode und durch diese allein leicht eine urethrale Reizung oder gar eine Infektion hervorgerufen werden könnte. Die menstruelle Kongestion kann freilich schädlich wirken, aber nur dadurch, daſs sie noch latente Gonokokken in Thätigkeit treten läſst, oder aber dadurch, daſs sie eine an Gonokokken freie Sekretion bewirkt, die wieder solche erzeugt. Andere Bakterien als der Gonococcus können in diesen Sekretionen vorkommen oder dieselben können frei von Mikrobien, also aseptisch sein.

Ad III, A. Bakterielle, aber an Gonokokken freie Urethritiden und aseptische Urethritiden spontaner oder geschlechtlicher Herkunft. Die von Anfang an bakteriellen, aber gonokokkenfreien Harnröhrenentzündungen sind im allgemeinen recht selten. Doch ist die Existenz derselben schon seit längerer Zeit auſser Frage gestellt, insbesonders seit den Arbeiten von Bockhart (1886). Dieser Autor fand unter 11 Fällen 4 mal einen dem Gonococcus ähnlichen Diplococcus; die morphologischen und

kulturellen Unterschiede hat Bockhart ausführlich geschildert. In therapeutischer Hinsicht ist zu bemerken, dafs spontan oder nach Injektionen mit Sublimat (1:20000) die Heilung dieser kulturell erzeugten Urethritiden in 8—10 Tagen erfolgte. — In den sieben anderen Fällen der „Pseudoblennorrhoe" entdeckte Bockhart diesen Diplococcus nicht mehr, fand dagegen andere Bakterien, Bacillen, verschiedene Staphylokokken, einen ovoiden Coccus, einen kleinen Streptococcus. Keine Bakterienart war so zahlreich vertreten, dafs man sie als die Ursache der Krankheit bestimmt hätte annehmen können. Die damit angestellten Kulturen waren ergebnislos. Als in einem Falle als Komplikation Nebenhodenentzündung hinzutrat, fand Bockhart im Sekrete ziemlich zahlreiche Diplokokken, deren zwei ovoide Elemente mit abgeplatteten Enden in ihrer Gesamterscheinung eine Art Bacillus darstellten. Keine der von Bockhart beobachteten Urethritiden wurde von den Männern auf eine Frau übertragen, weder auf Urethra, Vagina oder Uterus. — Was die klinischen Eigenschaften der nicht blennorrhoischen, aber bakteriellen Urethritiden betrifft, so unterscheiden sie sich von der Blennorrhoe durch eine Inkubationszeit von kurzer Dauer: 24 Stunden bis höchstens 3 Tage. Den Symptomen nach bieten sie manchmal eine auffallend geringe Bemerkbarkeit derselben dar, andere Male besitzen sie die ganze Heftigkeit des Trippers. Die Diagnose darf nur auf die Resultate der bakteriologischen Untersuchung hin gestellt werden. — In prognostischer Hinsicht hält Bockhart diese Urethritiden für ungefährlich bezüglich der Übertragung, Janet dagegen zeigt sich weniger zuversichtlich und hält eine Ansteckung für möglich, auch Guiard schliefst sich dieser Ansicht an, auf Grund eigener Beobachtung. Für die Behandlung dieser bakteriellen Harnröhrenentzündungen scheint Guiard das gleiche Vorgehen angezeigt, welches auch bei den bakteriellen Entzündungen nach dem Verschwinden der Gonokokken pafst: also grofse Injektionen, Einträufelungen, Spülungen mit mehr oder weniger starken Lösungen von Argentum nitricum oder Sublimat.

Ad III, B. Von Anfang an aseptische Urethritiden. Man versteht darunter solche, bei denen die sorgfältige und wiederholte Untersuchung des Ausflusses weder Gonokokken, noch andere Bakterien der sekundären Infektion auffinden läfst. Finden sich auch etliche wenige Bakterien, so können diese doch vernachlässigt werden; ihre Anwesenheit steht in einem zu grellen Mifsverhältnis zur Reichlichkeit der Eiterung und der Menge an Leukocyten, als dafs man sie für pathogen zu erachten brauchte. Man kann die aseptischen Harnröhrenentzündungen in folgende Unterabteilungen bringen: 1. Aseptisches Stadium der Gonokokken-Urethritis, 2. aseptische Urethritiden infolge von Fremdkörpern oder nutzlos fortgesetzter Einspritzungen, 3. von Anfang an aseptische Urethritiden. Diese letztgenannten Formen erscheinen dem Verfasser als die interessantesten, aber auch am schwierigsten erklärbar. Er hat sie in grofser Zahl vom zweiten bis dritten Tage ihrer Entstehung an beobachtet, hat sie Monate hindurch verfolgen können, niemals gelang es, auch nur etliche vereinzelte Gruppen von Bakterien bei dieser schon primär aseptischen Urethritisart zu entdecken. Diese Urethritiden zeigen sich nach geschlechtlichem Verkehr sowohl als auch spontan. Für den ersteren Fall könnte man sich vorstellen, dafs bei Frauen mit deutlichen oder latenten Gonokokken das vaginale Sekret ohne Gonokokken in die männliche Urethra eindränge und daselbst einen aseptischen Ausfluss hervorriefe oder aber man könnte annehmen, dafs in der That eine Infektion stattfinde, aber durch Bakterien, die wir weder zu färben, noch überhaupt aufzufinden vermögen. Noch schwieriger ist die Erklärung der spontan entstehenden aseptischen Urethritiden; hier bleibt eigentlich nur übrig, die Ursachen in der Konstitution der Patienten zu suchen. Die von Guiard beobachteten waren meistens hochgradige Neuropathen und Hypochonder. Was die Symptome betrifft, so sind die Ausflüsse

gewöhnlich geringfügig, wässerig oder serös, leicht getrübt oder graulich, mehr oder weniger feste Krümel finden sich im Urin suspendiert. Auf der Wäsche machen diese Absonderungen nur unbedeutende Flecke, schwach gestärkt, von graulich bis gelblicher Färbung. Manchmal kann die Sekretion so bedeutend sein, dafs beim ersten Anblick man an echte Blennorrhoe mittleren Grades denkt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fehlen jegliche Bakterien, die Eiterkörperchen erscheinen nach Guiard kleiner, mehr zusammengeschrumpft. Gewöhnlich findet man in den Zwischenräumen runde Körperchen wie bei den prostatischen Ausflüssen. Der Urin im ersten Glase enthält wohl etliche Stäubchen oder Krümel, selten wahre Fäden. Der Harn des zweiten Glases ist im allgemeinen tadellos. Merkwürdig ist bei dieser Urethritis ihr gleichmäfsiges Beharren, das trostlos erscheint, weder durch Ausschweifungen in baccho et venere, noch durch Enthaltsamkeit, noch durch verschiedene ärztliche Eingriffe leicht verändert wird. Für die Diagnose spielt das Mikroskop die Hauptrolle, schon mit Rücksicht auf die Gonokokkenlatenz ist die bakteriologische Untersuchung unbedingt notwendig. Prognostisch sind Komplikationen nicht zu fürchten, weder örtliche, noch allgemeine. Nur die Hartnäckigkeit, womit diese primär aseptische Urethritis behaftet ist, mufs als unangenehm bezeichnet werden; diese und die Erfolglosigkeit so mancher Behandlungsart erzeugt Hypochonder. Gewöhnlich heilt sie aber nach kürzerem oder längerem Bestande von selbst. — Betreffs der Behandlung macht Guiard auf folgendes aufmerksam: Die aseptischen Urethritiden, die auf Blennorrhoe (Urethritis mit Gonokokken) folgen, werden durch Einträufelungen mit Argentum nitricum-Lösungen gebessert oder unterdrückt. Das Gleiche gilt von den aseptischen Urethritiden, die durch Übertragung entstehen. Dagegen zeigten sich die zuletzt beschriebenen primär aseptischen Urethritiden sowohl gegen Argentum nitricum als gegen alle sonstigen Mittel (Adstringentia und Antiseptica) stets widerspenstig. Am besten erscheint eine exspektative und tonisierende Behandlung. Hydrotherapie, Schwefelbäder, Seebäder mögen auch von Nutzen sein.

II. **Traumatische Verengerung der membranösen Harnröhre**, von Delbet. Verfasser knüpft an einen von seinem Vater und später von Guyon behandelten Fall einer traumatischen Striktur der Pars membranacea an; er hat noch fünf ähnliche Fälle aus der Litteratur gesammelt und vergleicht nun diese Fälle mit den traumatischen Strikturen der Pars posterior und anterior der Harnröhre. Der von Delbet sen. beobachtete Patient erlitt ein Trauma auf die Symphysengegend dadurch, dafs er zwischen einen Wagen und ein Thor gedrängt wurde. Die Erscheinungen waren nur mäfsige: Schmerz, besonders auf Druck in der Schamfugengegend, Anschwellung, mäfsige Dysurie. Die Diagnose lautete bereits auf Bruch oder Trennung der Symphyse, obwohl eine Hämaturie nicht eintrat. Erst zwei Jahre später war in der Pars membranacea eine hochgradige Verengerung nachzuweisen, die von Guyon durch Urethrotomia interna behoben wurde; jedoch trat später Recidiv ein. Als charakteristisch für derartige traumatische Strikturen der Pars membranacea bezeichnet der Verfasser folgendes: Es erfolgte ein bedeutendes Trauma, lebhafter aber mehr indirekter Schmerz stellte sich ein, der Kranke kann noch etliche Schritte machen, uriniert aber kein Blut, untersucht man, findet sich ein Bruch in der Symphyse. Die Harnröhrenlichtung scheint nicht tief berührt, die Verwundung ist nur eine teilweise, dennoch bildet sich in der Harnröhre eine Narbe, aber nur ganz langsam entwickelt sich daraus eine Striktur. Ganz anders liegen die Verhältnisse für die Entstehung einer traumatischen Striktur in der Pars posterior und anterior. Die erstere liegt viel tiefer, ist durch den Knochengürtel und die Damm-Aponeurosen geschützt, daher wird die Pars posterior nur selten und blofs bei ganz schweren Verletzungen des Beckenbodens mit betroffen, aber dann auch sehr schwer. Die nun sich bildende Narbe ist

bedeutend und muſs daher sehr bald eine Striktur erzeugen; selbstverständlich ist diese von ernster Bedeutung. In der Pars anterior urethrae ruft schon eine geringe Verwundung eine Sklerosierung mit raschem Verlaufe hervor, also auch hier kommt es rapid zur Striktur. Die Ursache liegt in der verschiedenen anatomischen Struktur. Die beiden Harnröhrenabschnitte besitzen wohl die gleiche Schleimhaut, auch bis zu einem gewissen Punkte die gleiche Ausstattung mit elastischem und Muskelgewebe, aber die vordere Harnröhre allein hat eine Schwellkörper- und Gefäſsumhüllung. Wird diese nur in geringem Grade mitverletzt, so giebt es vermöge ihrer areolären Bildung, ihrer Bindegewebsstruktur, ihrer Gefäſsfüllung viel ernsthaftere Zufälle, die zur Narbenbildung und Striktur führen müssen, als bei den übrigen Harnröhrenabschnitten. Für die entzündlichen Strikturen ist ebenfalls nachgewiesen, daſs sie viel häufiger die Pars anterior befallen als die Pars posterior obwohl doch auch diese häufig von Urethritis heimgesucht wird.

Neuhaus-München.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1897. Heft II.

Über einen Fall von allgemeiner tuberöser Syphilis, von L. Philippson. Derselbe betrifft ein 29jähriges Mädchen, bei welchem vor 11 Jahren zuerst ein Geschwür des weichen Gaumens aufgetreten war; im Verlaufe der Jahre entwickelten sich dann über beinahe den ganzen Körper eine Reihe von Auswüchsen, von denen gegenwärtig zum Teil noch die Narben bestehen. Die Affektion zeichnet sich durch die weite Verbreitung und das besondere Aussehen der einzelnen Läsionen aus, welche wegen ihrer weichen und leicht zerreiſslichen Konsistenz und in Anbetracht des mikroskopischen Befundes viel eher an eine tuberkulöse (Lupus), denn an eine luetische Affektion denken lieſsen. Gestützt aber auf den günstigen Erfolg der antiluetischen Therapie und die Angaben namhafter Autoren (Jadassohn), wonach „die histologischen Unterschiede zwischen Syphilis und Tuberkulose oft so geringe sind, daſs sie zur Differentialdiagnose nicht verwendet werden können", zweifelt Verfasser nicht an der luetischen Natur der Affektion. Die Patientin war von Kindheit an immer schwächlich gewesen und hatte in den ersten 14 Lebensjahren an „bösen" Augen gelitten. Für ihre jetzige Affektion war die Patientin mit KJ und Sublimatinjektionen behandelt worden. (Siehe Bericht von Prof. Fournier über Tuberkulose und Quecksilberbehandlung in der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXV. No. 1. Ref.)

Neue Serumtherapieversuche bei Syphilis mit hydropischem Serum eines Syphilitikers in der Tertiärperiode, von Di Giovanni. Das Material zu den Injektionen lieferte ein Syphilitiker mit starkem Ascites infolge von Cirrhosis hepatis specifica. Von diesem Serum wurden 7 Kranken in der sekundären Periode alle 4 Tage 4—16 ccm mittelst Tubsinischer Spritze injiziert (bis zu einem Gesamtquantum von 68—350 ccm). Von diesen 7 Patienten war nur bei dreien eine günstige Wirkung der Kur zu bemerken und von diesen dreien hatte einer vor den Seruminjektionen Sublimateinspritzungen erhalten. Keine üblen Zufälle lokaler oder allgemeiner Art.

Kann das Jodnatrium in der Syphilisbehandlung das Jodkalium ersetzen? von Colombini und Simonelli. Nach den Untersuchungen der Verfasser muſs diese Frage verneint werden. Die Wirksamkeit des Jodkaliums wäre ferner nicht ausschlieſslich dem Jodkomponenten, sondern, und zwar vielleicht zum gröſseren Teile, dem Kalium zuzuschreiben.

Beitrag zur Ätiologie der Purpura haemorrhagica, von Giocciardi. In einem Falle von Purpura haemorrhagica hat Verfasser zu wiederholten Malen aus

dem Blute auf verschiedenen Nährböden einen Coccus kultiviert, welcher morphologisch ziemlich genau mit dem Staphylococcus pyogenes albus übereinstimmte, sich aber bei Inokulationsversuchen auf Kaninchen für diese als nicht pathogen erwies, was, nach seiner Ansicht, vielleicht auf den Wechsel des Nährbodens bei der Übertragung vom Menschen auf das Tier zurückzuführen ist. Er meint, dafs der Coccus wahrscheinlich vom Darmkanal in das Blut verschleppt worden ist.

C. Müller - Genf.

Journal of cutaneous and genito-uninary diseases.

Juni 1897.

I. **Endothelioma der Corpora cavernosa**, von Samuel Alexander und E. K. Dunham - New-York. Vor sechs Monaten bemerkte der 50jährige Patient gelegentlich einer Erektion einen kleinen Knoten im Penis und zwar an der Stelle der stärksten Krümmung. Dieser Knoten ist nach und nach gröfser geworden und hat schliefslich den sexuellen Verkehr ganz unmöglich gemacht. Dr. A. fand bei der Untersuchung am Dorsum penis, etwa 1 Zoll von der Symphysis pubis entfernt, eine in der Substanz der Corpora cavernosa gelegene, indurierte Masse. Sie war $2^1/_2$ cm lang, $2^3/_4$ cm breit, elastisch und fest mit der fibrösen Scheide des Penis verwachsen. Sie dehnte sich von der Mittellinie gleichmäfsig nach beiden Corpora cavernosa hin aus; die darüber befindliche Haut hatte ein normales Aussehen. Der Tumor war auf Druck nicht empfindlich, verursachte dem Patienten auch sonst keine Schmerzen. Der Urin konnte ohne Beschwerden entleert werden. Die Leistendrüsen waren nicht in Mitleidenschaft gezogen. Der Patient war mager, blafs und zeigte Erscheinungen eines chronischen Magenkatarrhs. — Die Untersuchung des Urins ergab weder Eiweifs noch Zucker. — Der Tumor wurde operativ entfernt und von Prof. Dunham mikroskopisch untersucht. Er zeigte eine allgemeine alveoläre Struktur. Das Gewebe zwischen den Alveolen bestand aus fibrösen Bändern, welche nichtgestreifte Muskelfasern enthielten. An einigen Stellen bildeten die Muskelfasern den Hauptbestandteil des Gewebes. Das interalveoläre Gewebe war von kleinen Arterien durchzogen. Gegen die Peripherie des Gewächses hin bemerkte man eine starke Rundzelleninfiltration, stellenweise im Körper des Tumors eine ähnliche, aber schwächere Infiltration. Die Alveolen wechselten in Form und Gröfse und waren angefüllt mit Zellen, welche grofse, ovale Kerne mit einem einzelnen, sehr grofsen Nucleolus enthielten. Die Zellen waren verschieden in Gröfse und Gestalt, lagen zumeist dicht der Alveolenwand an, hatten kubische Form und enthielten geringe Mengen von körnigem Protoplasma. Andere waren oval, polyedrisch oder abgeflacht. In der Mitte einiger Alveolen machten sich degenerative Veränderungen bemerkbar; die Kerne färbten sich nicht mehr, das körnige Protoplasma war durch eine homogene, stark lichtbrechende Substanz ersetzt. Einige Zellen zeigten karyokinetische Veränderungen. An einzelnen Stellen wurden Leukocyten unter den die Alveolen einnehmenden Zellen gesehen, rote Blutkörperchen fanden sich jedoch nicht innerhalb der Alveolen. — Die Diagnose lautete: Endothelioma oder endothelialer Krebs der Corpora cavernosa, eine, den Publikationen nach zu urteilen, sehr seltene Lokalisation des Endothelioms.

II. **Ein Fall von hereditärer, kontinuierlicher Abstofsung der Fingernägel**, von D. W. Montgomery-California. Der 35jährige, kräftige und sonst gesunde Mann giebt an, dafs seine Mutter dieselbe Nagelaffektion gehabt habe. Ein oder zwei Nägel fielen bei ihr alle 7—8 Monate ab; bei zwei Brüdern der Mutter geschah die Nagelabstofsung alle drei Jahre. Patient ist nicht verheiratet und hat keine Kinder. Im Jahre 1895 acquirierte er Syphilis. Diese hatte jedoch keinerlei Einfluſs

auf die Nagelkrankheit. Bei 1—2 Nägeln geschieht die Abstofsung fast kontinuierlich und zwar in der Weise, dafs der affizierte Nagel zunächst glanzlos wird, eine gelblichweifse Farbe über der Lunula annimmt, dann von hinten nach vorn sich vom Nagelbett abzuheben beginnt, bis er abfällt. Es ist ein langsamer Prozefs, der bisweilen drei Monate bis zur völligen Nagelabstofsung dauert. — Verfasser hatte Gelegenheit, denselben einmal von Beginn an zu beobachten. — Irgendwelche Krankheiten exfoliativer Natur wie Ekzem, Psoriasis, Pityriasis rubra, scarlatiniformes Erythem etc. hatte der Patient nicht gehabt. Auch für Lepra lagen nicht die geringsten Anzeichen vor. — Im Urin fand sich kein Zucker, wohl aber eine kleine Quantität Eiweifs. Andere Symptome für eine Brightsche Niere waren nicht vorhanden. Die Affektion ist also in dem vorliegenden Falle im Gegensatze zu den wenigen in der Litteratur publizierten Fällen als eine rein idiopathische anzusehen.

III. **Eine eigentümliche Affektion der Haarfollikel,** von Joseph Grindon-St. Louis. Die Haaraffektion beschränkt sich bei dem 15jährigen, sonst sehr gesunden Mädchen auf die Schläfengegend beiderseits und besteht nach der Beschreibung des Verfassers in einer Entzündung der Haarfollikel, charakterisiert durch Ausstofsung von Zellen en masse aus einem Teile der Wurzelscheide. Diese Zellenmasse windet sich um das Haar, wird mit dem Wachsen des letzteren immer weiter nach oben getragen. Der Prozefs wiederholt sich inzwischen unmittelbar oberhalb des Haarfollikels, so dafs das Haar schliefslich wie mit Nissen besät aussieht. Begleitet ist der Prozefs von schwacher Rötung der befallenen Stelle und geringem Jucken an derselben. Er endigt gewöhnlich in Haarausfall, der heilbar ist. — Verfasser bespricht an der Hand der einschlägigen Litteratur die Differentialdiagnose.

IV. **Ein Fall von tödlicher blennorrhoischer Infektion,** von G. E. Brewer-New York. Der 52jährige Patient klagte auf der ersten Visite über einen schwach schleimig-eitrigen Ausflufs aus der Harnröhre und mäfsige Blasenbeschwerden. Vor ca. 6 Wochen hatte er eine akute Blennorrhoe acquiriert. Die Untersuchung durch den Verfasser ergab die Anzeichen einer subakuten Urethritis anterior und posterior mit mäfsiger Spannung der Samenbläschen und der Prostata. Nieren, Blase, Testikel schienen nicht affiziert zu sein. Die Behandlung bestand in Irrigation der Urethra, Einführung von Sonden und Instillationen von Silbernitrat in die hintere Harnröhre sowie vorsichtiger Massage der Prostata und Samenbläschen. In 10 Tagen besserte sich der Zustand derart, dafs der Patient nach Hause reisen und seinen Pflichten wieder nachkommen konnte. Nach 10 Tagen stellten sich ohne erkennbare Ursache heftige, schmerzhafte Blasenbeschwerden, Fieber, Schmerzen im Rectum und Harnverhaltung ein. Der Patient kam wieder nach New York in die Behandlung des Verfassers. — Die rektale Untersuchung ergab das Vorhandensein einer gespannten, vergröfserten, heifs sich anfühlenden Prostata. Der Patient wurde ins Bett gebracht, an das Perineum ein Blasenpflaster applikiert, heifse rektale Eingiefsungen, Morphiumsuppositorien gegen den Harndrang und Kalomel als Purgans verordnet. Die Beschwerden liefsen ein wenig nach; die Prostata nahm jedoch an Gröfse und Spannung zu, weshalb dem Patienten die Operation vorgeschlagen wurde. Dieselbe wurde unter Beobachtung aller antiseptischen Kautelen ausgeführt, die Prostata incidiert und Eiter aus derselben abgezapft. Der Operation folgte sofort Erleichterung von allen Beschwerden. In den nächsten 2 Wochen heilte die Wunde in normaler Weise ab; der Zustand des Patienten besserte sich zusehends; Appetit und Schlaf stellten sich ein; der Urin war klar und wurde in regelmäfsigen Zwischenräumen ohne Beschwerden entleert. Etwa einen Monat nach der Operation erkrankte der Patient nach einem Festessen mit hohem Fieber und Lungensymptomen. Die Untersuchung stellte eine Lungenentzündung fest, der der Patient erlag. Die Autopsie ergab einen pyämischen

Zustand, gekennzeichnet durch zahlreiche kleine Abscesse in der Lunge und in beiden Nieren, feste rote Thromben in den Femoralvenen. Mikroskopisch fanden sich zahlreiche Staphylokokken, Streptokokken und Bacillen in Nieren und Lungen.

Verfasser hält es für sehr wahrscheinlich, dafs an erster Stelle eine subakute blennorrhoische Vesiculitis seminalis auf der rechten Seite vorhanden gewesen, dafs das Samenbläschen von pyogenen Mikroorganismen infiziert worden sei und weiter zu Thrombenbildung in den Venae iliacae und zu metastatischen Abscessen Anlafs gegeben habe.

V. **Ein Beitrag zur Frage des Collesschen Gesetzes**, von W. Th. Corlett. Der Verfasser giebt zunächst einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage des Collesschen Gesetzes und beschreibt sodann folgenden Fall aus seiner Praxis: Die 38jährige Frau konsultiert den Verfasser wegen ihres zwei Monate alten Kindes, das einen dunkelroten, makulösen Ausschlag am ganzen Körper, auch an Handtellern und Fufssohlen, Schleimpapeln in der Mundhöhle zeigt und Stockschnupfen hat. Die Diagnose lautet auf Syphilis. Die Mutter sieht anämisch aus, klagt über Schmerzen in den Knochen, zeigt an der linken Brust eine Wunde, die vor ca. 2 Wochen, nachdem das Kind bereits mit Erscheinungen im Munde erkrankt war, aufgetreten war. Die weitere Untersuchung der Mutter stellte unzweifelhaft Syphilis fest, die die Mutter vom Kinde acquiriert haben mufste.

VI. **Zur Beseitigung der Retentio urinae**, von E. D. Bradin-Newark. Rührt die Retention von Atonie, Überdehnung der Blase infolge von Versäumens die Blase rechtzeitig zu entleeren oder von irgend einer ähnlichen Ursache her, so kann der Arzt durch einfaches Katheterisieren mit einem wohlgereinigten weichen Katheter sofort Erleichterung verschaffen und den Patienten vor Sepsis in der Zukunft bewahren. Ist ein reiner Katheter nicht gleich zur Hand, so soll man versuchen durch Bettruhe, Opiate, heifse Bäder dem Patienten für einige Stunden zu helfen. Soll die Retentio urinae, namentlich wenn sie von einer organischen Striktur oder von vergröfserter Prostata herrührt, so rasch wie möglich beseitigt werden, so wird man sich entweder des Katheterismus, oder externen Urethrotomie oder der Punktion über den Pubes bedienen. Einige sehr praktische Instrumente für diese Fälle werden im folgenden vom Verfasser beschrieben.

VII. **Eine Bohne als Kern eines Blasensteines**, von L. J. Krouse-Cincinnati. Der 28jährige Patient litt seit November 1896 an Blasenbeschwerden. Vermittelst der Cystoskopie wurde ein Stein entdeckt, der ein wenig oberhalb des Trigonums lag und an der Blasenschleimhaut festhaftete. Ende Februar wurde die mediane Lithotomie mit gutem Erfolge ausgeführt. Bei der Entfernung des Steines brach derselbe in zahlreiche Fragmente entzwei. Die Schale des Steines bestand aus Kalksalzen, während das Innere oder der Kern eine Bohne war.

VIII. **Ein Fall von Impetigo simplex**, von F. J. Kaufman-Syracuse. Das 4 Tage alte, etwa 8 Pfund schwere Kind zeigte an Brust, Bauch und Beinen etwa 12 strohgelbe, feste, einzelnstehende, erhabene, mit dicken Rändern versehene, halbkugelförmige, fingernagelgrofse Pusteln, die von einem prononziert dunkelroten Hofe umgeben waren. Eine zentrale Vertiefung oder Umbilikation bestand bei keiner Pustel. Nach 7—8 Tagen wurde der Inhalt einiger Pusteln schwach blutig, dann trocknete er zu einer gelblichen oder bräunlichen Kruste ein, die abfiel und einen schwach-rötlichen Fleck hinterliefs. Letzterer verblafste in wenigen Tagen, ohne Spuren irgend einer Narbe zurückzulassen. Das Allgemeinbefinden des Kindes wurde durch die Affektion nicht gestört. — Weder in der Familie noch in der unmittelbaren Nachbarschaft ist ein Fall von Impetigo contagiosa vorgekommen. — Unter

der Behandlung mit einer Zinkkarbolsalbe verschwand die Krankheit innerhalb von 4 Wochen. — Eiterkörperchen, rote Blutkörperchen, Eiterkokken und zerstörte Epithelialzellen bildeten mikroskopisch den Inhalt einer Pustel.

C. Berliner - Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Bemerkungen über einige neuere Mittel für Hautkrankheiten, von Duncan Bulkley - New-York. (*Journ. of the amer. med. associat.* 28. Nov. 1896.) B. protestiert gegen das rastlose Suchen nach neuen und das Verlassen älterer, wohl erprobter Methoden. Wir brauchen nicht so sehr neue Heilmittel, als ein richtiges Verständnis für die sachgemäfse Anwendung der bereits vorhandenen. Von neuen Mitteln werden mit kurzen Angaben über ihre Verwendung erwähnt: Resorcin (Eccema seborrhoicum, Acne rosacea, tuberkulöse Ulcerationen), Ichthyol, Alumnol, Dermatol, Gallanol und Gallacetophenon (Psoriasis), β-Naphtol, Europhen, Aristol, Menthol und Campher-chloral (Pruritus). Cosmolin, Alvolen, Lanolin, Agnin; die Unnaschen Pflastermulle.

H. Einhorn-München.

Unter dem Namen **Hausmanns Adhaesivum** wird vom Apotheker Hausmann in St. Gallen eine Flüssigkeit in Zinntuben in den Handel gebracht, welche zum Verschlufs von Wunden gebraucht werden soll. Diese Flüssigkeit wird auf die abgetrocknete Wunde gebracht und verschliefst dieselbe luftdicht, indem sie schnell erstarrt und dadurch eine feste Decke bildet, die sich beim Waschen nicht löst. Anscheinend besteht das Adhaesivum aus fleischfarbig gefärbter Guttapercha, die in Äther gelöst ist. Es hat sich als Wundverschlufs gut bewährt und verdient in die Praxis eingeführt zu werden. Es hat nur den einen Nachteil, dafs es schnell in den Tuben eintrocknet. Durch Zufügen von Äther wird es wieder flüssig.

P. Taenser-Bremen.

In seiner Mitteilung „**Über den Okklusivverband mit Airolpaste**“ (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, Bd. XVIII, Heft 2) empfiehlt Prof. v. Bruns die von ihm angegebene Airolpaste mit folgenden Worten: „Zum Okklusivverband genähter Wunden verwende ich seit einem halben Jahre eine Paste, welche 20% Airol enthält und in folgender Weise zusammengesetzt ist: Airol, Mucil. gummi arab., Glycerin je 10 Teile, Bolus alba 20 Teile. Die Paste wird mit einem Spatel in ziemlich dicker Schichte auf die genähte Wunde und ihre Umgebung aufgetragen und mit dem Finger etwas eingerieben, so dafs die Mündung jedes einzelnen Stichkanals bedeckt ist. Darüber wird eine dünne Schichte Baumwolle leicht angedrückt. — Dieser einfache Verband genügt vollkommen für die genähten und nicht drainierten Wunden, falls nicht Veranlassung vorliegt, mittelst einer darüber gelegten Binde Kompression auszuüben. So dient die Applikation der Airolpaste beispielsweise nach der Laparotomie, Herniotomie, Radikaloperation der Hernien u. s. w. als einziger Verband; auch nach der Anwendung der Ignipunktur bietet sie eine sehr bequeme

Bedeckung. — Es empfiehlt sich aber, die Okklusion mit Airolpaste überhaupt auf alle genähten Wunden, auch bei gleichzeitiger Drainage und einhüllendem Gaze-, Watte- u. dergl. Verbande ausdehnen, um einen noch sichereren Schutz gegen jede Stichkanaleiterung zu gewinnen. Denn die Bedeckung mit Paste macht es unmöglich, daſs ein Stichkanal etwa durch Keime auf der Haut der nächsten oder weiteren Umgebung infiziert wird, selbst nicht bei eintretender Sekretion aus dem Drainkanal. In der That habe ich seit einem halben Jahre unter der Airolpaste keine einzige Stichkanaleiterung gesehen. — Die Airolpaste erfüllt alle Bedingungen für die Heilung unter dem Schorf: sie trocknet rasch ein und haftet fest, sie ist von kräftiger antiseptischer Wirkung, absolut reizlos für die empfindlichste Haut, dabei für seröses Wundsekret durchlässig, was als Kardinalpunkt zu betrachten ist. Auch nach längerer Aufbewahrung in offenem Gefäſs erweist sich die Airolpaste als sicher steril. — Die Okklusion mit Airolpaste sichert auf die einfachste Weise eine tadellose prima intentio."

Über die Wirkung des Airols, von V. Casoli. (*Policlinico.* 1897.) Verfasser hat das Präparat bei verschiedenen Affektionen angewendet und gefunden, daſs es sich vorzüglich eignet zur Vernarbung chronischer, atonischer Geschwüre, indem es rasch die Granulation erregt. Bei Scrophuloderma und tuberkulösen Ulcerationen schützt es das umgebende Gewebe gegen eine Ausdehnung des Geschwürs. Sehr gut wirkt es auch bei exsudativer Dermitis infolge von irritierenden Sekreten oder Medikamenten. Bei Blennorrhoe, in Glycerin suspendiert (Airol 1, Glycerin 40, Aqua 5) waren die Erfolge weniger günstig. C. findet, daſs das Airol den therapeutischen Regeln (tuto, cito et jucunde) am besten entspricht. *C. Müller-Genf.*

Zur Anwendung des Glutols, von Saalfeld. (*Therap. Monatsh.* Nov. 1896.) Verfasser berichtet über einen Diabetiker, den er wegen Acne necroticans mit multiplen Abcessen lange erfolglos behandelte. Endlich gelang die Heilung dadurch, daſs er die Abcesse ausspritzte und mit gepulvertem Glutol anfüllte. *F. Hahn-Bremen.*

Fünfzig klinische Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Aristols, von E. Airoli-Siena. (*Wien. med. Bl.* 1897. No. 14.) Verfasser giebt zunächst eine bibliographische Skizze über die bisher erschienenen Arbeiten über Aristol. Sodann berichtet er über 50 chirurgische Fälle, die mit Aristol behandelt wurden und zwar mit 4—10%igen Salben: eiternde Wunden, Ulcera varicosa, eiternde Adenitiden, eingewachsene Nägel, suppurierende Frostbeulen, Verbrennungen zweiten und dritten Grades, Furunkel, Panaritien und Geschwüre. Die Aristolbehandlung bei Ulcera varicosa gab ungleiche Resultate; die tuberkulösen Adenitiden zeigten keine höhere Neigung zur Besserung als bei Behandlung mit Jodoformemulsion. Bei Verbrennungen, bei eiternden und nicht eiternden Frostbeulen wurden sehr gute Resultate beobachtet. Eine schwere Verbrennung durch Petroleum, die mit Borsäure, später mit der Schwämmemethode mit durchaus negativem Erfolge behandelt war, heilte sehr schnell unter Aristol. Ein gleicher Erfolg wurde bei einem zweiten Falle von schwerer Verbrennung, welche sich vom Halse bis zum Perineum erstreckte, erzielt. Im allgemeinen empfiehlt Verfasser das Aristol bei jenen anatomischen Läsionen, wie z. B. frische Wunden im allgemeinen, Verbrennungen etc, bei welchen weder durch die Intensität, noch durch die Dauer oder die Spezifität des pathologischen Prozesses Änderungen in den gewebebildenden Eigenschaften der histologischen Elemente eingetreten sind. Auſser seiner groſsen Wirksamkeit in solchen Fällen rühmt er seine Ungiftigkeit, seine sedative Wirkung und die rasche Bildung von nicht zur Reaktion neigenden Narben. *A. Strauſs-Barmen.*

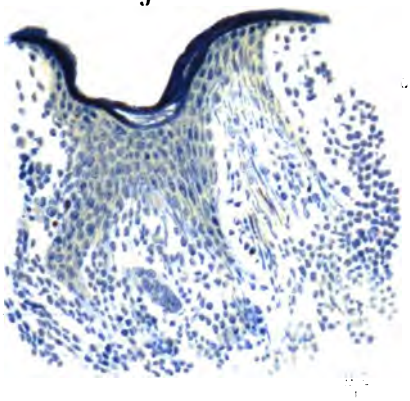
Wirkung des Europhens bei Hautkrankheiten, von M. Paul de Molènes. (*La Presse méd.* 1897. No. 31.) Europhen wurde rein als Pulver oder mit Borsäure oder Borax zu gleichen Teilen gemischt, in 5—10%igen Salben, als 5—20%iges Öl, als Collodium- und Traumaticinmischung (10%), als Ätherssättigung zu Injektionen angewandt. — Bei allen ausgedehnten Ulcerationen der Unterschenkel, namentlich bei varikösen Geschwüren, wurden vorzügliche Erfolge, die besser als die mit Aristol, Dermatol, Salol, Jodoform erzielten waren, beobachtet. Die Unterschenkelgeschwüre wurden mit der Salbe bedeckt, darüber wurde eine gut sitzende Binde gelegt; bei absoluter Ruhe trat in 3—5 Wochen Heilung ein. Bei syphilitischen Ulcerationen wurde unter gleichzeitiger innerer Behandlung schnelle Heilung gesehen. Mit Europhen gesättigte Ätherinjektionen in tuberkulöse Gummata lieferten sehr gute und schnelle Resultate. Bei Lupus wird die schöne narbenbildende Wirkung des Europhens nach elektrokaustischen Punktionen hervorgehoben. Europhencollodium leistete bei multiplen Furunkeln gute Dienste. Europhentraumaticin wirkte bei altem und ausgedehntem Favus und bei Trichophytien nicht besser als andere Mittel. Weniger wirksam bei den trockenen, gewährte Europhen bei den feuchten, eiterigen Dermatosen (Ulcera, vereiterte Gummata, Impetigo, Furunkel, nasses Ekzem, Verbrennungen, Lupus, pemphigoide Affektionen etc.) gute Resultate. Die erzielten Erfolge ermuntern zur weiteren Anwendung des Mittels. *A. Strauß-Barmen.*

Über das Ichthalbin (Ichthyoleiweiß), ein geschmack- und geruchloses Ichthyolpräparat. Vorläufige Mitteilung von Arnold Sack. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 23.) Trotz seines schlechten Geruchs und Geschmacks hat sich das Ichthyol dank seiner Wirksamkeit viele Freunde erworben. Sein reduzierender, keratoplastischer, gefäßverengender Einfluß ist von hohem Wert, der auf den fest an Kohlenstoff gebundenen Schwefel zurückzuführen ist. Auch die Hebung des Allgemeinbefindens, die Tonisierung durch Ichthyol ist beachtenswert; es wird die Assimilationsfähigkeit der Zellen gehoben, ihr Zerfall eingeschränkt. Das erklärt auch die Wirksamkeit bei Tuberkulose. Die Darreichung des Ichthyols hat seine Schwierigkeiten. Verfasser hat deshalb analog dem Tannalbin ein Ichthalbin hergestellt. Es wird Ichthyollösung mit Eiweiß zusammengebracht, es entsteht ein Niederschlag, der mehrstündig erhitzt oder längere Zeit mit Alkohol und Wasser gewaschen wird. Man erhält ein feines, graubraunes, geruch- und fast geschmackloses Pulver, das sich nur in alkalischen Flüssigkeiten löst, also den Magen intakt passiert und im Darm erst zur Resorption gelangt. 4,0 Ichthalbin entsprechen 3,0 Ichthyol. — Das Ichthalbin hat, wie vergleichende Harnuntersuchungen zeigten, fäulniswidrige Wirkung. — Extern wird die Anwendung eine beschränkte sein. Analfissuren heilen unter Aufstreuen von Ichthalbin rasch. Intern giebt man es vor der Mahlzeit: zweimal täglich ein halber abgestrichener Kaffeelöffel (= 1,25). Es wirkt, wie Verfasser annimmt, stuhlregelnd, appetitvermehrend, ernährungssteigernd. Auffallend schnell geht die Rosacea bei internem Gebrauch zurück; auch chronische Ekzeme der Kinder werden günstig beeinflußt. Das Mittel ist vollkommen unschädlich. Es wird hergestellt von Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

Fig. 2.



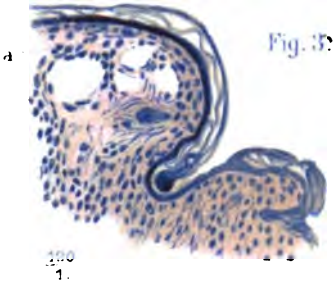


Fig. 5.

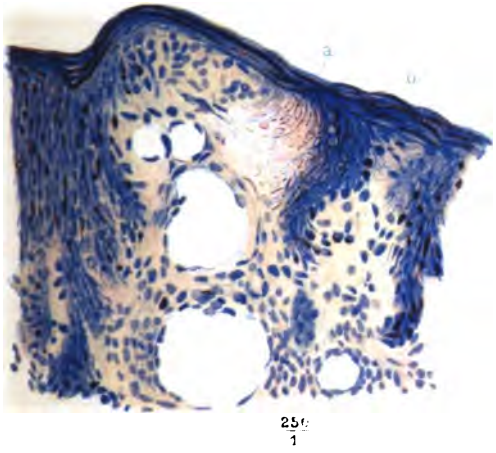


Fig. 4.

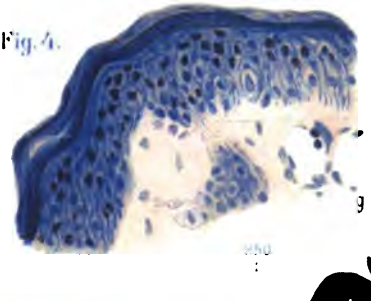
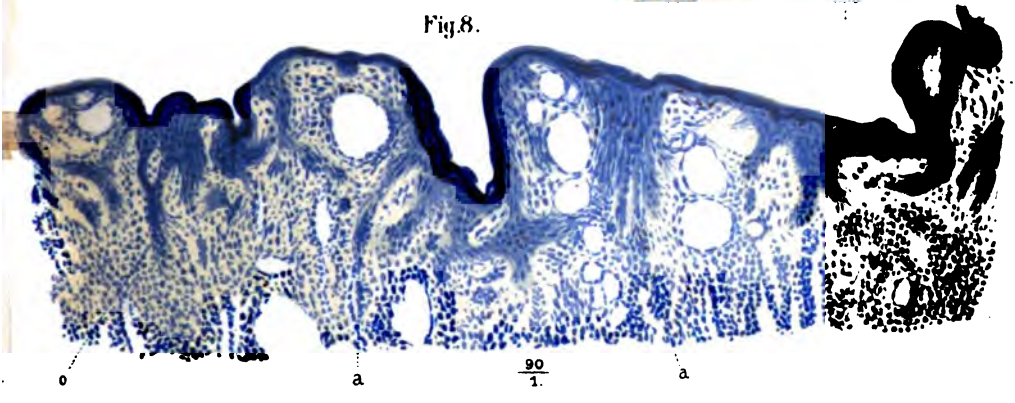
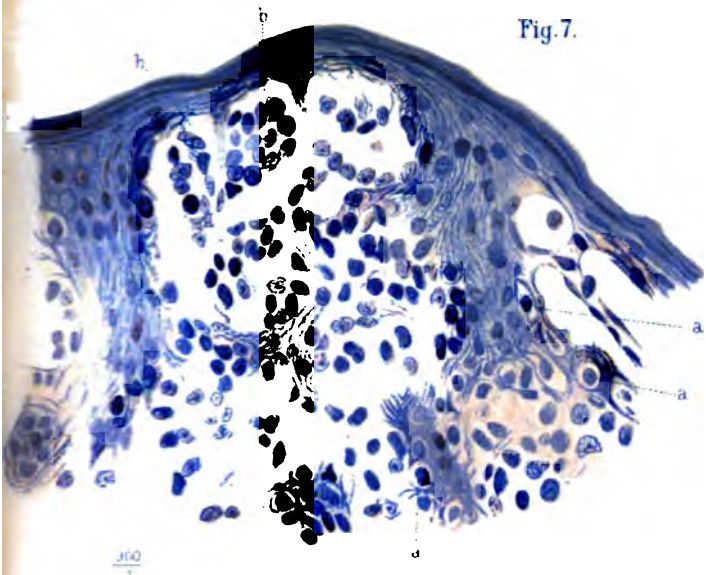


Fig. 8.



Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Fig. 7.



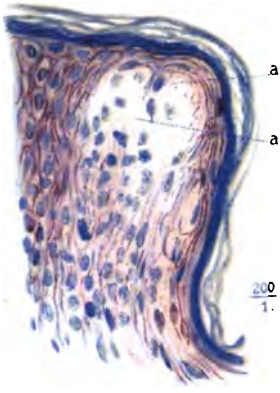


Fig. 6.

Fig. 9.

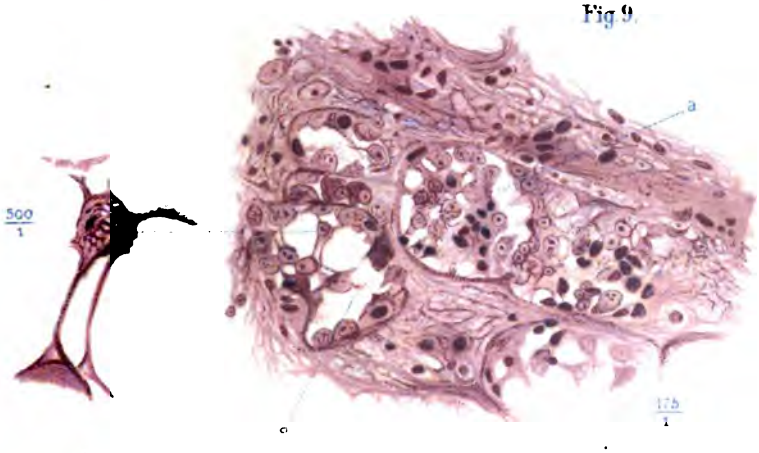
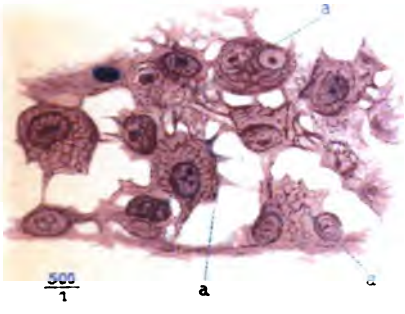
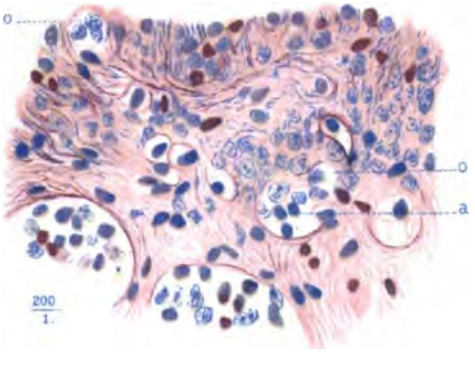


Fig. 11.

Fig. 10.





Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 6. 15. September 1897.

Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum.

III.[1]

Von

Prof. Dr. R. Bergh.

(Mit Tafel III und IV.)

Unmittelbar am Introitus vaginae findet sich die **Urethralpapille**, auf oder dicht an dem Rand der Symphyse oder vielleicht meistens ein wenig unter ihm, von demselben durch eine mehr oder weniger fettreiche Bindesubstanz geschieden. Sie liegt am Vorderende der Carina vaginae (Kohlrausch) [Columna rugarum ant.].

Für die nähere Bestimmung der Verhältnisse der Urethralpapille habe ich eine zusammenhängende Reihe von etwas älteren Notizen, von der Zeit vor der Übersiedelung (1886) in das neue Vestre Hospital stammend, über 672 öffentliche Frauenzimmer, und eine neuere Reihe vom letzten Duodecennium über 2558 meistens ganz junge Individuen der clandestinen Prostitution, die zum ersten Mal in das Vestre Hospital eingelegt waren[2]; das untersuchte Material umfafst also in allem 3230 Individuen.

In einem Abstande von gewöhnlich 20—22 mm unterhalb der Clitoris zeigte sich also die Urethralpapille als eine abgerundete Erhöhung von einem Diameter, der meistens ein wenig mehr oder weniger als 1 cm beträgt, selten wesentlich mehr oder weniger. Bei grofser Enge des Vestibulums ist sie mitunter etwas länglich. Bei vier Individuen fand sich eigentlich keine Urethralpapille, nur eine urethrale Spalte. Die Papille ist gewöhnlich etwas nach vorn gerichtet, oder ihr unterer Teil etwas mehr vortretend, wodurch die Papille mehr nach oben gerichtet wird;

[1] Der vorige Abschnitt (II) dieser Symbolae wurde in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIV, Heft 2. 1897. pag. 74—86 veröffentlicht.

[2] Von denselben waren 821 im Alter unter 20 Jahr (davon 4 eben 14 und 29 15 Jahr alt), 888 20—25 und 209 über 30(—56) Jahr alt. 940 hatten geboren.

bei etwas gröfserer Tiefe des Vestibulums kann sich die Urethralpapille auch etwas mehr nach unten gerichtet zeigen, gleichsam etwas nach unten gegen den Introitus vaginae gezogen; ganz besonders auffallend war solches bei fünf Individuen. Die Papille ist meistens etwas gewölbt, nur bei 5 Individuen wurde sie sehr stark vortretend (Fig. 43) gesehen,[3] seltener ziemlich flach (Fig. 17), was besonders bei 4 Individuen auffiel. Die Form der Urethralpapille ist queroval oder und vielleicht noch öfter mehr rundlich. Ihr unterster Teil geht jederseits durch eine mehr oder weniger kurze (Fig. 3, 6) oder etwas (Fig. 4, 27) längere Falte in die Seitenteile des Vestibulums und in die Hymenreste über. Bei ganz einzelnen Individuen wurde eine kurze und niedrige mediane Falte oder zwei konvergierende laterale nach unten gehend und in eine mediane Falte unten an der Urethralpapille übergehend, gesehen, welche sich in die Carina vaginae fortsetzt, deren Vorderende mitunter fast glatt ist. Diese papillovestibularen oder papillo-hymenalen Falten sind entweder schmal, gleichsam kammartig (Fig. 6) oder dicker mit gerundetem Rande (Fig. 17). Oberhalb der Falte findet sich eine mehr (Fig. 1, 4) oder weniger (Fig. 3, 6, 7) ausgeprägte Vertiefung, in welcher meistens 1—2 (Fig. 1, 2, 8) oder mehrere (Fig. 4) runde oder spaltenartige Öffnungen oder Vertiefungen vorkommen. Die Falte der einen (Fig. 8, 10) oder beiden Seiten (Fig. 11, 12, 13, 15) ist nicht selten in einen ziemlich kurzen, meistens gerundeten Lappen ausgezogen, mitunter möglicherweise Überrest des Hymens. An der Falte selbst kommen mitunter eine (Fig. 14, 16) oder mehrere (Fig. 18, 19) Crypten vor, sowie mitunter auch an den erwähnten Lappen (Fig. 19, 42). Dann und wann wird am unteren Teile einer Urethralpapille eine Querfurche gesehen (Fig. 4, 22), die mitunter grubenartig vertieft sein kann (Fig. 4). In einzelnen (9) Fällen ist die Urethralpapille in einen kürzeren oder längeren (bis 1 cm langen) Zipfel ausgezogen gesehen (Fig. 11, 17, 20, 23), der kaum als Hymenrest gedeutet werden konnte.

Ganz abgesehen von den eben erwähnten und den unten näher zu besprechenden Crypten an den kleinen Zipfeln der Mündung der Urinröhre kommen noch an der Oberfläche der Urethralpapille sehr häufig eine oder mehrere, 1—8, teils mehr runde, teils spaltenartige, seltener taschenartige Öffnungen vor, die (Fig. 19, 41, 43) teils nur Gruben, teils Mündungen der parurethralen Gänge sind. In den meisten Fällen ist es kaum möglich mit voller Sicherheit zu bestimmen, ob diese Öffnungen dieser oder jener Art seien. In Fällen, in denen sie mehr symmetrisch liegen, eine an jeder Seite der Urinröhrenmündung, in

[3] Solches soll bei den Japanerinnen nationale (Rasse-)Eigentümlichkeit sein. Vergl. Wernich, Gynäkologische Mitteilungen aus Japan. *Arch. f. Gynäkol.* X. 1876. pag. 569.

solchen, wo sie beim Druck von hinten nach vorn etwas reichlicheres Sekret entleeren und eine ganz feine Sonde bis zu einer gewissen Tiefe aufnehmen: werden sie wohl am meisten den parurethralen Gängen angehören. Aber auch die Crypten können, und bei gleichzeitigem Vorkommen von jenen, von nicht geringer Tiefe sein. Solche Öffnungen kamen bei der Mehrzahl aller dieser Individuen vor.

Im ganzen zeigen diese Crypten keine Regelmäfsigkeit, weder in Bezug auf Anzahl oder Lage an der Urethralpapille. Die im ganzen unbestimmte Anzahl läfst sich im einzelnen Falle auch schwerlich mit vollständiger Sicherheit angeben, da die feineren Öffnungen so leicht übersehen werden und oft nur bei Bespritzung der ganzen Oberfläche oder mit Lupe gesehen werden können. Sie wurden teils, und meistens in Anzahl von 3—6, über die ganze Fläche zerstreut gesehen (Fig. 2, 13, 41, 43), teils in kleinen Gruppen gestellt, besonders nach oben (Fig. 18, 19), seltener nach unten (Fig. 37); mitunter kamen sie nur an der einen Seite vor (Fig. 27); recht häufig wurde nach unten eine mediane oder submediane gesehen (Fig. 10, 31, 32) oder selbst zwei nebeneinander (Fig. 7, 8) oder die eine unter der anderen (Fig. 5). Mitunter kamen untere mediane und laterale gleichzeitig vor (Fig. 13, 41, 43). Nicht selten wurde eine meistens feine Crypte an jeder Seite der Urinröhrenmündung dicht neben ihr gesehen (Fig. 9), oder nur an der einen Seite (Fig. 28) eine oder zwei, selten mehrere. — Aufserdem kamen, wie erwähnt, noch andere Crypten an der Peripherie der Urethralpapille vor, an der einen (Fig. 7) oder an beiden Seiten (Fig. 9, 16, 18, 30, 33).

Während diese Crypten selten eine gröfsere Tiefe als 1—5 mm zu erreichen scheinen, sind andere Öffnungen, die der parurethralen Gänge, meistens durch eine gröfsere Länge von feinsten Sonden passabel, häufig bis in eine Tiefe von 6—7 mm. Öfter habe ich doch eine Tiefe von 1 cm gemessen, ein Paar Mal von 1,5 und je ein Mal von 2—2,5—3 und 3,5 cm, in den letzteren Fällen also ganz bis an den Blasenhals reichend. Im allerletzten Falle war der Gang durch seine halbe Länge für eine Sonde No. 7 (Charrière) und weiter zurück noch eine Strecke noch selbst von No. 4 passabel. Oft lagen diese parurethralen Öffnungen symmetrisch, eine an jeder Seite der Urinröhrenmündung (Fig. 9, 12, 17, 24); oder nur eine an der einen Seite (Fig. 16, 27), oder eine an der einen und zwei an der anderen (Fig. 17).

Von den erwähnten 672 öffentlichen Frauenzimmern schienen 151 solche Gänge zu zeigen. Bei 82 kamen sie mehr oder weniger symmetrisch an beiden Seiten der Urinröhrenmündung mit einer einzelnen Öffnung vor, und bei 39 nur an der einen Seite; bei 4 Individuen fanden sich allein zwei an der einen Seite, bei 8 zwei an der einen und eine an der anderen Seite, und bei 5 zwei an beiden Seiten, bei 3 aufser

einer an jeder Seite der Urinröhrenmündung noch eine mediane nach unten, bei zwei wurde nur eine solche untere gesehen und bei 8 zwei, meistens nebeneinander liegenden. — Von den 2558 der clandestinen Prostitution angehörenden Individuen schienen 556 solche Drüsenöffnungen zu zeigen. Bei 363 kam eine solche jederseits vor, bei 125 nur an der einen Seite, bei 20 zwei an jeder Seite und bei 22 nur zwei an der einen; bei 4 kamen zwei an der einen und eine an der anderen Seite vor; bei 10 wurde an jeder Seite eine Öffnung gesehen, noch dazu aber eine untere mediane; bei 2 anderen aufser einer an jeder Seite des Orificium urethrae zwei untere neben einander; bei 5 kamen allein unten zwei mediane vor, bei 4 anderen zwei ähnliche, noch dazu aber eine laterale; bei 2 endlich fanden sich nur unten drei Öffnungen.

Jene Crypten (lacunae) sind schon von den alten Anatomen gesehen, und die Öffnungen öfter abgebildet.[4] Sie scheinen, soweit bisher bekannt, zum Teil wirklich nur Gruben zu sein, teils Öffnungen der parurethralen Gänge, mit deren Mündung jene in Bezug auf Weite und Lage vollständig übereinstimmen können.

Schon MORGAGNI[5] erwähnt „canaliculi" an der Urethralpapille, sowie viel später GUERIN[6] die nach ihm oft so genannten GUERINschen Drüsen; es war aber doch erst SKENE,[7] der die Aufmerksamkeit näher auf die parurethralen Drüsen und Drüsengänge hinlenkte, welche nach ihm auch öfter die SKENEschen Drüsen genannt worden sind. Den Angaben SKENES zufolge, die sich auf Untersuchung von mehr als 100 Individuen stützen sollen, kommen sie immer symmetrisch vor, eine an jeder Seite innerhalb des Randes oder am Rande der Urinröhrenmündung, und sollen eine Länge von $^3/_8$—$^3/_4$" (beiläufig 10—20 mm) haben, ferner an der Aufsenseite der Urethralschleimhaut in der Muskelwand der Urethra verlaufen. Die Mitteilungen SKENES machen im ganzen keinen zuverlässigen Eindruck. Nur ausnahmsweise haben die innerhalb der Urinröhrenmündung oder an ihren Zipfeln (s. unten) liegenden Öffnungen

---

[4] Vergl. R. DE GRAAF, *De mulierum organis generationi inservientibus.* 1672. pag. 66. Tab. VII R. (pag. 90) pag. 140.
MORGAGNI, *Adversaria anat. omnia.* nova ed. 1741. I. 1740. pag. 50. Tab. III f. — IV. 1740. pag. 44.
HALLER, *Ic. anat.* fasc. I. 1743. Tab. Fig. 1 g.
—, *Elementa physiol.* T. VII, p. II. 1765. pag. 87 (sinus, lacunae).

[5] MORGAGNI, *Advers. anatom.* l. c. IV. 1740. pag. 44.

[6] GUERIN, *Mal. des org. génit. ext. de la femme.* 1864. pag. 307 (deux glandules).

[7] SKENE, Anat. and pathol. of two important glands of the female urethra. *Amer. Journ. of obstetrics and diseases of women and children.* XIII, 2. April. 1880. pag. 265.
J. M. VAN COTT, The histol. and pathol. of SKENES urethral glands. *The Brooklyn med. Journ.* I, 2. 1888. pag. 132—137.

eine so bedeutende Tiefe wie die vom nordamerikanischen Verfasser angegebene; noch dazu erwähnt SKENE, der mehr als 100 Individuen untersucht haben will, gar nicht die so häufig vorkommenden Crypten und Gänge an der Vorderseite der Urethralpapille, welche die erwähnte oder noch gröfsere Tiefe haben. Ohne Kenntnis der Mitteilungen SKENES, machte KOCKS ein paar Jahre später[8] auf das Vorkommen von Öffnungen aufmerksam, die sich dicht am hinteren Rande der Urinröhrenmündung, meistens an der Spitze von zwei kleinen Schleimhautlippen daselbst finden sollten, und die sich in Gänge von einer Tiefe von 0,5—2 cm fortsetzten, welche aber nicht drüsenartiger Natur wären; sie sollten bei 80% der untersuchten Individuen vorkommen; er deutet sie ohne Begründung als GARTNERsche Gänge. In einer kurz nachher erschienenen Arbeit von BÖHM,[9] schliefst sich dieser Verfasser der Deutung seines Vorgängers ganz an; er hat die Öffnungen häufig innerhalb der Urinröhrenmündung gesehen. Auch WASSILIEFF[10] setzt sie mit den WOLFFschen Gängen in Verbindung und meint, dafs sie, selbst falls sie nicht direkt von denselben abgeleitet werden können, doch Drüsen seien, die ursprünglich den WOLFFschen Gängen angehört haben. Diese Deutung wird weder von NUÑEZ[11] noch von OBERDIECK[12] und mehreren anderen Verfassern acceptiert. Besonders ist sie aber von DOHRN[13] bekämpft worden; auch ihm zufolge verschwinden dio WOLFFschen Gänge schon teilweise innerhalb der ersten Hälfte des Embryonallebens (der linke schneller als der rechte); die GARTNERschen Gänge zeigen sich als oft geschlängelte und von einem niedrigen Cylinderepithel ausgekleidete Röhre im Ligamentum latum und einwärts gegen den Uterus in der Höhe des späteren Orificium internum; sie können noch im äufseren Gewebslager der Lacuna vaginae verfolgt werden; weiter nach unten werden sie undeutlich und sind gegen die Urethralmündung vollständig verschwunden (unter der Rarifizierung des Gewebes im Septum urethro - vaginale). Auch ACKEREN[14] spricht sich bestimmt gegen die Deutung der parurethralen Gänge als Überreste der

---

[8] KOCKS, Über die GARTNERschen Gänge beim Weibe. *Arch. f. Gynäkol.* XX, 3. 1882. pag. 487—491.

[9] BÖHM, Über Erkrankungen der GÄRTNERschen Gänge. *Arch. f. Gynäkol.* XXI, 1. 1883. pag. 176—178.

[10] WASSILIEFF, betreffend die Rudimente der WOLFFschen Gänge beim Weibe. *Arch. f. Gynäkol.* XXII. 1884. pag. 346.

[11] NUÑEZ, *Ét. sur les vices de conformation de l'ur. chez la femme.* av. pl. 1882. pag. 114—117.

[12] OBERDIECK, *Über Epithel und Drüsen der Harnblase und weiblichen und männlichen Urethra.* 1884. pag. 26—33. Taf. III. Fig. 13, 14; Fig. 10A, 10B, 11, 15.

[13] DOHRN, Über die GARTNERschen Kanäle beim Weibe. *Arch. f. Gynäkol.* XXI. 1883. pag. 328—345 m. 4 Abb.

[14] ACKEREN, Beiträge zur Entwickelungsgeschichte der weiblichen Sexualorgane des Menschen, *Zeitschr. f. wissenschaftl. Zool.* XLVIII. 1889. pag. 42—43. Taf. III. Fig. 25 Wgr. Wgl.

Urnierengänge aus; bei Embryonen des fünften Monats hat er noch Wolffsche Gänge nachgewiesen, nebenbei aber auch das gleichzeitige Dasein von diesen parurethralen Röhren, die somit mit jenen nicht identisch sein können. Endlich hat Langenbucher ausdrücklich ihre Identität mit den Wolffschen (Gartnerschen) Gängen zurückgewiesen, weil die parurethralen Kanäle so oft unsymmetrisch und in ziemlich grofser Anzahl auftreten, und weil sie, ihm zufolge, in acinöse Drüsen endigen. Der erste der erwähnten Gründe ist unzweifelhaft fast genügend um den autochthonen, von den Wolffschen Gängen unabhängigen Ursprung dieser Gänge zu beweisen.

Diese also teils an der Urethralpapille, teils an oder innerhalb des Randes des Orificium urethrae ausmündenden (verzweigten) Gänge sind an ihrem vorderen Ende von einem Plattenepithel, weiter nach innen von einem mehrschichtigen Cylinderepithel, am innersten Ende nur von einem einzelnen Lager von Cylinderepithel überzogen. Sie stimmen also im Bau mit ganz ähnlichen, in und aufserhalb der Schleimhaut der männlichen Urinröhre vorkommenden, auch verzweigten Röhren, die Henle[15] von einer Länge von 8—12 mm gesehen hat, und die mit ihren blinden Enden in den Maschen des kavernösen Gewebes liegen sollten; sie sollten kleine acinöse Drüsen derselben Art wie die sonst in der Urethra vorkommenden aufnehmen. Defshalb werden sie weder von Henle noch von Oberdieck[16] als wirkliche Drüsen aufgefafst. Sie dienen wohl zur Lubrifizierung der Oberfläche der Urethralpapille, um die möglichen Folgen der starken Reibung während der Konnubien zu hindern.

Die Öffnungen dieser Crypten und Gänge können excoriiert werden sowie wirklich entzündet. Aus solcher Entzündung kann sich ein kleiner abgeschlossener (Pseudo-) Abscefs entwickeln, der sich teils in die Urethra öffnen kann, teils nach aufsen hinter der urethro-hymenalen Falte, wodurch sich eine urethro-vestibulare Fistel bilden kann.[17] Aufserdem können diese Öffnungen und ihre Fortsetzungen blennorrhoisch (mit Gonokokken) infiziert werden, und zwar sowohl direkt wie sekundär von einer schon vorhandenen Urethritis, eine Thatsache, auf die schon Guerin,[18]

---

[15] Henle, *Handb. d. system. Anat.* II. 1873. pag. 416. Fig. 306 (pag. 399).

[16] Oberdieck, l. c. 1884. pag. 32.

[17] R. Bergh, *Beretn. om Alm. Hosp.* 2 Afdel. f. 1884. 1885. pag. 17. — Vestre Hosp. i 1888. 1889. pag. 19; i 1889. 1890. pag. 19 (20); i 1890. 1891. pag. 19.

M. H. Lormand, Note sur un cas de fistule vestibulo-uréthrale d'origine blennorrhagique. (*Fr. médic.* 27. Septbr. 1883.) *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 2 S. VII. 1885. pag. 23.

Hamonic, Fistule vestibulo-uréthrale consécutive à une follic. blennorrhag. préurethrale. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 2 S. V. 1884. pag. 344—347.

[18] Guerin, *Mal. des org. génit. ext. de la femme.* 1864. pag. 289, 297, 307. (Uréthrite externe).

Böhm[19] und die Berichte des allgemeinen und Vestre Hospital von Kopenhagen[20] aufmerksam gemacht hatten. Diese Parurethriten sind wegen der Feinheit dieser noch dazu verzweigten Gänge der Behandlung oft sehr schwer zugänglich, können daher sehr hartnäckig sein, und mancher Fall von scheinbarem Recidiv von Urethritis rührte gewiß von neuer Infektion von einer residualen Parurethritis her.

An der Mitte der Urethralpapille oder ein wenig mehr nach oben findet sich die Urinröhrenmündung. Bei einem Individuum lag diese Mündung ganz excentrisch, gegen links verschoben (Fig. 2) und an der rechten Seite entsprechend die fast ebenso weite Öffnung einer etwa 1,5 cm tiefen Crypte oder parurethralen Ganges. Die Mündung ist meistens senkrecht, etwas kürzer oder länger, etwas weiter oder schmaler, übrigens von etwas verschiedener Form. Innerhalb der Urinröhrenmündung, an ihrem Rande oder dicht an demselben kommen (Fig. 15, 35) meistens runde oder spaltenartige Öffnungen vor, und ganz unten finden sich sehr oft zwei eigentümliche kleine Zipfel vor.[21]

Die Urinröhrenmündung zeigt sich, wie erwähnt, meistens als eine senkrechte Spalte; äußerst selten, bei 6 Individuen, bildete sie eine Querspalte (Fig. 3, 28); oder lag, bei 5 Individuen, ganz schief (Fig. 5, 37). — Die gewöhnliche senkrechte Länge ist etwa 5—6 mm. Recht häufig, bei 92 der 672 öffentlichen Frauenzimmer war sie geringer, beiläufig 3—4 mm betragend, bei 5 derselben selbst nur 1,5—2 mm messend. Bei 356 der 2558 untersuchten Individuen der heimlichen Prostitution war die Länge auch subnormal, bei 18 derselben war die Mündung selbst nur stecknadelkopfgroß [Diam. 4—5, Charrière] (Fig. 3, 18). Seltener ist die Länge größer (Fig. 13, 21, 25, 27, 35). Solches kam bei 41 jener 672 Individuen vor, bei 3 derselben maß die senkrechte Höhe 14—15 mm; unter den 2558 Individuen der clandestinen Prostitution wurde dasselbe Verhältnis bei 138 beobachtet, und bei 12 derselben erreichte die Länge der Spalte beiläufig dieselbe Größe wie oben. Diese Weite der Mündung so wie die große Erweiterungsfähigkeit der Urinröhre ermöglichen den Abgang von großen Blasensteinen,[22] selbst von einem

[19] Böhm, l. c. 1883. pag. 177.

[20] R. Berge, *Beretn. om Alm. Hospit.* 2den Afdel. i 1866. 1867. pag. 40, sowie von den folgenden Jahren, und die *Ber. des Vestre Hospitals seit 1886.*

[21] Die Darstellung der Verhältnisse der Urethralpapille und besonders der Urinröhrenöffnung ist bei den anatomischen Verfassern, und kann nur ziemlich unvollständig und teilweise fehlerhaft sein, da dieselben wesentlich auf die Untersuchung an Leichen hingewiesen sind, wo diese Verhältnisse schnell undeutlich werden. Vergl. z. B. selbst Henle, *Handb. der system. Anat. des Menschen.* II, 2. 1873. pag. 434.

[22] Schon R. de Graaf (l. c. 1672. pag. 65) berichtet von dem Abgang von taubeneigroßen Steinen.

Durchmesser von 13—18 mm. Wegen dieser Verhältnisse hat die Urinröhre auch anstatt der Vagina der Kohabitation als Vehikel dienen können, besonders bei Atresie oder mangelhafter Entwickelung des letzteren Organs[23] sowie bei einem sehr widerstandsfähigen Hymen.[24]

Die Form der Urinröhrenspalte ist bei verschiedenen Individuen nicht wenig verschieden. Recht häufig ist sie eine einfache senkrechte Spalte (Fig. 1, 13, 21, 26). Öfter hat sie doch wegen zwei vom untersten Ende hervorragender getrennter Zipfel oder Läppchen (s. näher unten) Pfeilform, mit der Spitze nach oben gerichtet (Fig. 4, 8, 17). Bei Anwachsen der Zipfel an die Seitenränder der Spalte, noch dazu bei einiger Verlängerung der letzteren, kann sie dann Kreuzform annehmen (Fig. 12, 23); mitunter sind die Seitenspitzen des Pfeiles in der Art in die Quere ausgezogen, dafs die Mündung dreieckig wird (Fig. 10, 32) oder halbmondförmig (Fig. 5, 7); besonders durch Zukommen von Seitenlappen oder kleineren Lappen oben, kann die Urinröhrenmündung endlich Sternform annehmen (Fig. 34).

Die einfachste Form der Urinröhrenmündung ist also die rein spaltenartige (Fig. 1, 21, 26, 27). Solche wurde bei 214 der 672 öffentlichen Frauenzimmer gesehen. — Von den der geheimen Prostitution angehörenden Individuen zeigten 834 die Urinröhrenmündung als Spalte. Bei 431 derselben präsentierte sie sich als einfache Spalte auf einer sonst glatten Urethralpapille (Fig. 3, 26). Mitunter war sie ein wenig kreuzförmig, wegen eines dem Anscheine nach stattgefundenen Zusammenwachsens des Aufsenrandes der zwei (unten näher erwähnten) Zipfel mit den Rändern der Spalte in einer etwas längeren (Fig. 6) oder kürzeren (Fig. 23) Strecke; seltener (bei 12 Individuen) kamen meistens an jeder (Fig. 6) oder nur an der einen Seite (Fig. 13) kurze Querschnitte vor. Einzelne Male wurde der unterste Teil der Spalte etwas weiter gesehen, ein wenig klaffend (Fig. 21); seltener war solches mit dem oberen Ende der Fall (Fig. 24, 27), noch seltener wurde eine Erweiterung oben wie unten gesehen. Bei 15 Individuen war die Spalte

---

Simon, Über die Methoden die weibliche Urinblase zugängig zu machen. *Samml. klin. Vortr.* No. 88. pag. 649—676.

Auch Jewett hat (*Boston. med. and surg. Journ.* 27. Jan. 1876) einen auffallenden Fall von digitaler Dehnbarkeit der Urethra mitgeteilt.

[23] Caes. Leop. *Nat. cur. ac. Ephemer. phys. med.* Dec. III, Annus. IV. pag. (231 bis 234) 233. obs. CXII: *Ambr. Stegmanni de cur. clitoridis annotatis.*

Hyrtl, *Handb. d. topogr. Anat.* 2. Aufl. II. 1853. pag. 135.

Szymanowski, Über einige erworbene und angeborene Fehler in und an den Genitalien kinderloser Eheleute. *Prager Vjschr.* XXI, 3. 1864. pag. 12 Note (Matwejew).

Betschler, Sml. Faye, defectus uteri et vag. *Norsk Magz. f. Lægevidensk.* XIX, 8. 1865. pag. 649.

[24] Esipoff, Rupt. de l'ur. chez la femme pendant le premier coït, imperforation de l'hymen. *Arch. de tocologie.* XIII. 1886. pag. 883—884.

weit (Fig. 13, 21) und im stande die Spitze des kleinen Fingers aufzunehmen; bei einem derselben fand sich oben in der Spalte eine sehr deutliche 1,5 cm tiefe Crypte oder Gang, und bei mehreren innerhalb der Mündung einige feine, unregelmäfsig gestellte und, wie es schien, nicht tiefe Crypten (Fig. 1, 15, 35); bei einigen kam unten in der Spalte eine niedrige Crista rhaphealis vor. Bei 23 dieser (834) Individuen — und bei 5 von 214 der öffentlichen Dirnen — war die Spalte s- oder wellenförmig (Fig. 37), teilweise wegen des Daseins von Crypten an oder innerhalb des Randes der Spalte. — Bei 248 anderen (jener 834) Individuen wurde an der Oberfläche der Urethralpapille an jeder Seite der Spalte eine kleine, mehr oder weniger klaffende, runde oder längliche Öffnung gesehen (Fig. 24). Bei 36 kam eine solche nur an der einen Seite vor (Fig. 27), bei 32 zwei an jeder Seite, bei 4 zwei an der einen; bei 22 an der einen Seite zwei, an der anderen nur eine (Fig. 17); bei 20 an jeder Seite eine und eine unten; bei 11 allein eine unterhalb der Spalte; bei anderen elf neben einander zwei unten; bei 7 drei an der einen Seite; bei 11 drei jederseits und zwei unten (Fig. 13); bei einem Individuum endlich an der einen Seite zwei, an der anderen eine und unten eine mediane.

Bei 34 Individuen der öffentlichen, bei 136 der geheimen Prostitution war die Urinröhrenmündung sternförmig, meistens dann ziemlich klein, nur bei 3 von jenen und bei 10 von diesen weit. Bei 29 dieser 136 fand sich jederseits eine spaltenartige Öffnung, bei 3 anderen noch dazu eine untere mediane, bei 2 nur zwei untere mediane, und bei einem nur eine solche; bei einem kamen sechs an der Urethralpapille zerstreut vor. Bei 2 Individuen kamen innerhalb der Öffnung zwei kleine Zipfel vor.

Bei 27 Individuen der geheimen Prostitution, bei 5 der öffentlichen, war die Urinröhrenöffnung dreieckig, mit der Spitze nach oben oder seltener (3) nach unten, immer war sie dazu ziemlich klein. Bei den meisten, bei 15, fand sich an der einen Seite eine deutliche Öffnung; seltener, bei 5, eine an jeder Seite.

Bei 8 clandestinen und 3 öffentlichen Individuen bildete die Urinröhrenmündung eine meistens ziemlich weite, mitunter halbmondförmige Querspalte (Fig. 3, 28), meistens oben in der Mittellinie ein wenig gekluftet; diese Varietät wird somit meistens wohl nur eine weitere Entwickelung der vorigen sein. Bei einem Individuum kamen unter der Öffnung drei kleine Spalten vor (Fig. 7). — Bei noch drei anderen Individuen zeigte sich die Mündung als eine, aber ganz schief liegende Querspalte, bei den zwei kamen unterhalb derselben zwei mediane Öffnungen vor (Fig. 5).

Bei 18 clandestinen und 2 öffentlichen Individuen war die Mündung nur stecknadelkopfgrofs (d. i. von einem Durchmesser von etwa 1—2 mm),

meistens rund oder etwas dreieckig. Bei 3 kam eine kleine Spalte nach aufsen an der Urethralpapille jederseits vor.

In einer sehr bedeutenden Anzahl von Fällen, im ganzen bei 1484 der (2558) Individuen der geheimen, bei 401 (der 672) der öffentlichen Prostitution fanden sich sehr ausgeprägt unten am Eingange in die Urinröhre zwei kleine, mitunter ungleich grofse, fast immer von einander geschiedene, mehr oder weniger vorspringende Zipfel oder Läppchen. Sie sind schon von HALLER[25] erwähnt und abgebildet, scheinen aber später übersehen und vergessen, und sind vielleicht erst wieder von KIWISCH v. ROTTERAU[26] und von STREUBEL[27] erwähnt worden. Trotz ihres so sehr häufigen Vorkommens figurieren sie z. B. doch nicht in den Lehrbüchern von HENLE oder GEGENBAUR.

Bei 518 Individuen der geheimen, bei 167 der öffentlichen Prostitution kamen keine deutliche Öffnungen an der Vorderseite dieser Zipfel vor (Fig. 29, 39), dagegen oft eine oder mehrere innerhalb der Lippen an den Wänden der Urethra. Bei 26 jener Individuen und 8 dieser waren die Zipfel sehr grofs (Fig. 21), bei 2 kreuzten sie sich (Fig. 40), bei diesen letzteren sowie überhaupt bei einer gewissen Gröfse der Zipfel deckten sie fast vollständig die Urinröhrenmündung. Bei zwei Individuen wurden die Zipfel gleichsam in der Spitze gespalten gesehen, so dafs eigentlich eine Andeutung von 4 Zipfeln vorkam. Bei 7 fanden sich hinter den Zipfeln noch zwei (Fig. 20), also zwei Paare hinter einander, das hintere trug dann meistens Crypten (Fig. 42). Bei 26 jener (518) Individuen war die Urinröhrenmündung dem Anscheine nach spaltenartig, unten etwas weiter, innerhalb der Spalte erschienen aber, wenn die Lippen derselben von einander gespreizt wurden, zwei kleine oder ganz kleine ähnliche Zipfel. Bei 2 Individuen fand sich hinter den Zipfeln eine recht starke Crista rhaphealis.

Bei 198 dieser (518) Individuen schien die Urethralpapille glatt (ohne Öffnungen). Bei 18 kam eine Öffnung an der einen, bei 52 an beiden Seiten vor, und bei 15 noch dazu eine mediane unten; bei 111 fand sich nur eine mediane unten, bei 92 zwei solche neben einander und bei 2 drei; bei 9 wurden nur an der einen Seite der Urinröhrenmündung

---

[25] *Halleri ic. anat.* fasc. I. 1743. Tab. Fig. 1k. Bei Fig. 1g zeigt sich eine Lacune (Crypte) an einem der Läppchen.

HALLER, *Elementa physiol.* VII, 2. 1765. pag. 86. Ex eo tamen osculo non raro crista procurrit, vel duae carunculae.

[26] KIWISCH VON ROTTERAU, Beitr. zur Pathol. d. weibl. Urethra. *Prag. Vjschr.* 1846, 3. pag. 49—53. Zwei Schleimhautverlängerungen, zwei kleine Lippen.

[27] STREUBEL, Zur Pathol. d. weiblichen Harnröhre. *Prag. Vjschr.* XI, 1. 1854. pag. 17—37.

STREUBEL (dessen Untersuchungen an öffentlichen Frauenzimmern angestellt sind) erwähnt (pag. 21) „zwei seitliche Schleimhautverlängerungen" als zuweilen vorkommend; dieselben sollen doch „schwerlich angeboren" sein, sondern durch Irritation hervorgebracht.

zwei und bei 4 anderen drei Öffnungen gesehen; bei 2 Individuen an der einen Seite eine, an der anderen drei und unten eine mediane; bei 13 kamen unten vier in einem Bogen gestellte Öffnungen vor, und bei einem oben eine und unten eine mediane; bei 3 endlich fanden sich oben an der Urethralpapille zwei mediane Öffnungen neben einander.

Bei 828 Individuen der geheimen, bei den 206 der öffentlichen Prostitution trugen diese Zipfel an der Vorder- oder Innenseite eine oder einige kleine, meistens rundliche Öffnungen. Bei 35 jener und 13 dieser Individuen waren die Zipfel grofs, fast den Eingang in die Urinröhre deckend (Fig. 20), und die Öffnungen waren dann meistens spaltenartig; bei 5 dieser Individuen ragten die Zipfel etwas schräge und fast löffelartig hervor. Eine ganz feine Sonde konnte mitunter in eine Tiefe von 0,25—1,5 cm in diese Öffnungen eindringen. Bei den allermeisten dieser Individuen schien nur eine Öffnung an jeder oder, bei 58, nur an dem einen Zipfel (Fig. 36) vorzukommen; bei 20 wurde an dem einen eine, an dem anderen zwei bis drei gesehen; bei 39 zwei an jedem, bei 5 zwei an dem einen und drei an dem anderen Zipfel. Bei 2 Individuen wurden hinter den zwei porentragenden Zipfeln zwei porenlose gesehen. Bei der überwiegenden Mehrzahl dieser Individuen schien die Urethralpapille selbst glatt, ohne Öffnungen. Bei 296 dagegen waren solche deutlich zu sehen; bei 125 eine an jeder Seite der Urinröhrenmündung, bei 76 nur eine an der einen, bei 6 an jeder Seite zwei, bei 3 eine an der einen, zwei an der anderen Seite, bei 4 drei an der einen; bei 68 unten eine mediane und bei 11 zwei mediane unter einander, bei 2 nebeneinander und bei einem Individuum zwei oberhalb der Urinröhrenmündung.

Bei 58 (8 + 50) Individuen wurden unten in der Urinröhrenmündung mehr als zwei Zipfel gesehen. Bei 46 fanden sich zwischen den zwei ziemlich grofsen lateralen, die alle beiden oder nur die eine eine feine Pore oder Spalte trugen, eine kleinere mediane (Fig. 36); bei 3 anderen Individuen waren alle drei Zipfel gleich grofs; bei einem Individuum kamen zwei sehr grofse und porentragende neben zwei kleinen lateralen Zipfeln vor; bei zwei fanden sich aufser den zwei lateralen und der medianen noch eine in der oberen Kommissur der von den Zipfeln ganz bedeckten Mündung der Urinröhre, alle 4 waren, wie es schien, ohne Pore. Bei 5 Individuen kamen zwischen den gröfseren und eine Pore tragenden lateralen zwei mediane vor; bei einem Individuum endlich neben den zwei lateralen und einer medianen noch zwei obere Zipfel. — Bei 13 dieser (58) Individuen kamen an der Urethralpapille Crypten vor; meistens an der einen, danach an beiden Seiten der Urinröhrenmündung, bei je einem unten eine mediane oder zwei neben einander.

Bei in allem 77 (19 + 58) Individuen fanden sich oben eine oder zwei Zipfel. Bei 8 fanden sich keine unteren Zipfel: es ragte nur ein kleiner Zipfel von der oberen Kommissur der senkrechten Urinröhrenspalte hervor (Fig. 24, 27). Bei 36 Individuen kam auch ein oberer Zipfel vor, meistens porenlos, noch dazu aber unten die zwei gewöhnlichen Zipfel, mit oder ohne Pore (Fig. 14, 22). Bei 8 Individuen wurden allein zwei obere Zipfel gesehen; bei zwei sehr grofs, porenlos und die Urinröhrenmündung ganz deckend (Fig. 21). Bei 24 kamen zwei kleine, wie es schien, porenlose obere Zipfel vor, noch dazu aber unten die zwei gewöhnlichen, die Poren trugen. Bei einem Individuum endlich fanden sich oben zwei laterale und ein medianer Zipfel, und unten noch die zwei gewöhnlichen. — Bei 43 dieser 77 Individuen kamen an der Urethralpapille eine oder mehrere Öffnungen vor.

Bei 38 (8 + 30) Individuen war die Verteilung dieser Zipfel mehr unregelmäfsig. Bei drei kam nur ein und zwar an der einen Seite (Fig. 25) ein porentragender Zipfel vor; bei 9 fand sich an jeder Seite nur ein, meistens porentragender Zipfel; bei 6 kamen nur an der einen Seite zwei Zipfel mit oder ohne Pore vor, bei 2 anderen fanden sich jederseits zwei solche. Bei 3 Individuen wurde ein lateraler neben den zwei unteren gesehen, bei 9 jederseits ein lateraler aufser den zwei unteren. Bei 2 fand sich ein oberer Zipfel neben einem jederseits; bei einem Individuum ein monolateraler und ein oberer neben zwei unteren gewöhnlichen; bei 3 Individuen endlich zeigten sich oberhalb einer grofsen unteren Crista rhaphealis mit Pore resp. ein oder zwei monolaterale oder zwei bilaterale (Fig. 37) Zipfel mit oder ohne Pore, von welchen letzteren die der einen Seite bei dem einen Individuum so grofs waren, dafs sie die Urinröhrenmündung ganz deckten. — Bei 15 dieser (38) Individuen kamen an der Oberfläche der Urethralpapille eine einzelne oder mehrere Öffnungen vor.

Statt der zwei gewöhnlichen unteren Zipfel kam an ihrer Stelle bei 63 (14 + 49) eine meistens ziemlich dicke vom Vorderende der medianen Crista rhaphealis gebildete Prominenz vor, recht häufig so dick, dafs sie fast die Urinröhrenmündung deckte, die sich bei den meisten als eine einfache Spalte präsentierte. Bei 24 dieser (63) Individuen trug die Prominenz eine mediane runde oder spaltenartige Pore, bei 3 anderen kamen zwei solche neben oder unter einander vor. Bei 5 dieser Individuen kam eine Pore an der einen und bei 5 an beiden Seiten der Urethralpapille vor, bei 7 fanden sich jederseits zwei und unten noch dazu eine mediane, bei zwei unten zwei nebeneinander.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. Juli 1897.

(Original-Bericht von Dr. Louis Wickham-Paris).

Ekzematiforme Pyodermie. Herr Gaston. Die betreffende Patientin litt an Erythrodermie; die Haut war bläulich verfärbt, zeigte eine beträchtliche Verdickung, feine Schuppung, aufserdem waren zahlreiche Lymphdrüsen geschwollen; die behaarten Hautstellen sowie die Nägel waren frei. Die Affektion ist vorn über beinahe den ganzen Körper verbreitet und hat ihr primitives Aussehen eingebüfst, indem im Beginne der Krankheit die Haut mit zahlreichen Pusteln (wie bei Sykosis) übersät war und zahlreiche Abscesse an den Brüsten und in den Achselhöhlen, reichlicher Flufs, wenig Jucken, aber ein sehr lästiges Kältegefühl bestand. Bei der Aufnahme der Patientin wufste man nicht recht, ob es sich um ein verändertes Ekzem, das Vorstadium einer Mykosis oder eine unbestimmte Dermatose handelte. Die histologische Untersuchung ergab nichts besonderes (kleinzellige Infiltration der Papillar- und Subpapillarschicht, Gefäfsdilatation, leichte Veränderungen der Knäueldrüsen, reichliche Entwickelung von Hautmuskelbündeln, zahlreiche miliare subepidermale Abscesse). Mit bestem Erfolge wurden Naphtolbäder (10,0 pro Bad), wöchentlich zweimal, angewendet. Nach eingetretener bedeutender Besserung wurden an den Hautnerven noch Veränderungen der Achsencylinder nachgewiesen. Die Patientin hatte eine puerperale Infektion infolge von Placentaretention durchgemacht; diese dürfte die Neuritis und die Abscesse verursacht haben.

Multiple syphilitische Schanker des Gesichts. Herr Lesné. Der Patient ist mit 4 Schankern behaftet, von denen der erste an der Unterlippe aufgetreten ist. Die drei anderen liegen an der Oberlippe und am Kinn; Beginn einer Roseola auf der Brust. Lymphdrüsenschwellung unter dem Kiefer, besonders rechts. Die Infektionsweise ist unbekannt.

Exfoliative Erythrodermie im Verlaufe einer mit Kakodylsäure behandelten Psoriasis. Es handelt sich um 2 Patienten, welche nach und nach die tägliche Dosis von 0,5 Kakodylsäure erhalten hatten, und bei denen dieses Medikament den Ausbruch einer über den ganzen Körper verbreiteten Erythrodermie mit nachfolgender lamellöser Desquamation veranlafst hatte. Bei dem einen Patienten, einem Greise, war die Intoxikation mit schweren allgemeinen Erscheinungen verbunden, die nach Aussetzen des Medikamentes rasch nachliefsen.

Chronische recidivierende Urticaria. Herren Balzer und Griffon. Die Diagnose war lange Zeit unentschieden geblieben. Nachdem in verschiedenen Schüben harte, circumskripte, rote und selbst purpuraartige Efflorescenzen aufgetreten waren, welche an eine toxische Eruption hatten denken lassen (Tuberkulide), brach eines Tages eine typische Urticaria aus.

Naevus vascularis planus durch negative Elektrolyse behandelt. Herr Brocq. Die Affektion hatte ihren Sitz an der rechten Schläfe. Eine Nadel aus Platin-Iridium wurde mit dem negativen Pole einer Batterie verbunden und nach einander an den verschiedenen Stellen des Naevus eingestochen, wobei zuweilen ein 2—3 Milliampère starker Strom angewendet wird. In der gleichen Sitzung dürfen die Einstiche nicht zu nahe aneinander gemacht werden, damit sich die zerstörten

Partien nicht berühren. Das Resultat wäre vorzüglich, Bei turgescierenden Naevis darf natürlich nur positive Elektrolyse angewendet werden; für flache giebt B. die negative an.

Behandlung der Naevi vasculares. Herr Barthélemy berichtet über einige Fälle, welche mit sehr günstigem Resultate von Apostoli mittelst Elektrolyse behandelt worden sind; es handelte sich um einen Naevus der Lippe und der Zunge bei einem Kinde und einen Naevus des Corpus cavernosum. Die ersteren wurden in der Chloroformnarkose behandelt. Als Pole figurierten je 3 Nadeln, welche in die erkrankten Partien eingestochen wurden. Die Pole werden von Zeit zu Zeit gewechselt; die Sitzungen dauern 5—8 Minuten; die Stromstärke beträgt 10—20 Milliampères. Der Naevus des Corpus cavernosum wurde in 11 Sitzungen geheilt.

Phagedänisches Geschwür mit Elephantiasis des Fufses bei einer Tuberkulösen; rasche Besserung durch intramuskuläre Kalomelinjektionen. Herren Gaston und Dominici. Das Geschwür ist vor circa 3 Jahren entstanden und hat sich nach und nach über den ganzen Fufsrücken ausgebreitet, ohne Schmerzen zu verursachen. Die Oberfläche ist mit Granulationen überzogen und sieht aus wie ein variköses im Rückgange begriffenes Geschwür. Die Ränder sind nicht abgelöst; keine tieferen Läsionen aufser einer unvollständigen Ankylose des Fufsgelenkes. Es besteht Lungentuberkulose (Bacillen im Sputum); keine Syphilis, auch histologisch nicht; einzelne Riesenzellen ohne Bacillen, hochgradige, kleinzellige Infiltration. Die Patientin erhielt Kalomelinjektionen und bereits nach der ersten (0,05) trat wesentliche Besserung ein: die Elephantiasis verschwand und das Geschwür ging rascher Vernarbung entgegen. Die Vortragenden weisen auf die Thatsache hin, dafs sich die Tuberkulose nur schwer in einem stark infiltrierten Gewebe entwickele. Auf diesen Umstand wäre wahrscheinlich die Wirkung des Kalomels zurückzuführen, welches auf nicht tuberkulöse Geschwüre zellvermehrend wirkt.

Ausnahmen von den Gesetzen über die Intoleranz des Organismus gegenüber Medikamenten. Herr Morel-Lavallée. Entgegen der allgemein im Volke verbreiteten Ansicht machen sich die medikamentösen Intoleranzerscheinungen erst spät und zuweilen erst nach erfolgter Kur fühlbar. Sehr oft ist nur ein einziges Organ befallen, das dann bei allen Recidiven stets allein wieder erkrankt. Hat sich der Organismus gegenüber einem bestimmten Medikamente als empfindlich erwiesen, so braucht dies nicht notwendig mit allen anderen Medikamenten derselben Ordnung zu geschehen. Diese Idiosynkrasie ist übrigens nur eine relative und kann gänzlich verschwinden oder wenigstens abnehmen, wenn man die chemische Kombination oder die Darreichungsweise des angewendeten Mittels abändert. Die Empfindlichkeit eines Organs gegenüber einem bestimmten Medikamente bildet nicht notwendig eine Kontraindikation zur weiteren Verabreichung dieses Medikamentes, wenn dasselbe zur Heilung des Patienten unentbehrlich erscheint.

Über einen Fall von Mykosis fungoides mit akuten polymorphen Läsionen ohne Vorstadium. Herren Besnier und Hallopeau weisen histologisch nach, dafs sich die Mykosis fungoides unter dem Bilde weiter exkoriierter und über das umgebende Hautniveau emporragender Flächen, welche äufserlich einem vegetierenden Ekzem ähnlich sehen, zeige. In solchen Fällen kann nur die mikroskopische Untersuchung die Diagnose sicherstellen; in dem vorliegenden Falle wurden von Leredde Mastzellen konstatiert, welche zwischen den fixen in Vermehrung begriffenen Gewebezellen und einem für die Mykosis typischen Netze lagen. In klinischer Beziehung geht hieraus hervor, dafs die Mykosis die Form einer Sykosis annehmen kann, oder sie zeigt sich in Gestalt intradermaler Knötchen, die sich kreisförmig anordnen und

gesunde Hautbezirke umschliefsen können. Diese Knötchen sowie das Vorhandensein früherer Naevi dienen zur Aufstellung der Diagnose.

Über eine erythemato-papulöse Form der Tuberkulide. Herren Hallopeau und Laffitte. Neben den Folliclis, dem Lichen scrophulosorum, der Akne cachecticorum, den isolierten und gruppierten Follikulitiden giebt es noch eine Eruption von derselben Natur wie die genannten, welche sich durch das Auftreten papulo-tuberkulöser Erhabenheiten auszeichnet, die sich zu mehrere Centimeter breiten Gruppen anordnen. Von dem papulösen Erythem unterscheidet sie sich durch die gröfsere Persistenz und die tiefere Lage der Efflorescenzen, von den Tuberkuliden durch das Fehlen von Eiterung. Diese Varietät wurde bisher noch nicht beschrieben. Die Patientin leidet gleichzeitig an Folliclis, an höchst wahrscheinlich tuberkulösen Drüsenschwellungen und einer alten Pleuritis derselben Natur; aufserdem besteht ein akneförmiger Ausschlag im Gesicht, der wahrscheinlich auch tuberkulös ist.

Progressive Paralyse im Kindesalter. Herr Barthélemy berichtet über drei von Haushalter beobachtete Fälle von progressiver Paralyse bei Kindern von 10—12 Jahren; zwei dieser Kinder stammten von syphilitischen Vätern ab, hatten aber selbst niemals luetische Erscheinungen gezeigt; das dritte Kind war von einer spezifischen Glossitis affiziert. Alle drei waren hereditär schwer belastet (nervöse Affektionen, Rheumatismus, Dermatosen, Diabetes, Alkoholismus bei den Eltern und Grofseltern). Vor dem Ausbruche der Paralyse war bei den Kindern die Intelligenz vollständig normal, wurde aber im Verlaufe der Krankheit schwer erschüttert und artete bei zweien derselben in vollständige Demenz aus. Ein Kind starb an einem apoplektischen Insulte, das zweite an einem Pseudotyphoid. Die Autopsie ergab den typischen Befund der progressiven Paralyse; bei dem einen aufserdem eine Aortitis, bei dem anderen eine interstitielle Nephritis. Gestützt auf diese Fälle nimmt B. an, dafs beim Kinde wie beim Erwachsenen zur Entstehung der progressiven Paralyse mehrere Faktoren unerläfslich sind, unter anderem die nervöse Beanlagung und die Syphilis. Wenn bei der Häufigkeit der hereditären Syphilis die progressive Paralyse beim Kinde doch selten ist, so liegt dies wahrscheinlich an dem Umstande, dafs beim Kinde eine Reihe von ätiologischen Faktoren (Alkoholismus, moralische Einflüsse, Überanstrengung des Hirns) ausfallen.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 22. Oktober 1896.

1. **Ein Fall von Pigmentation um die Augen,** von Justus. Patient zeigt auf den ersten Anblick eigentümliche Veränderungen. Auf der Stirne, auf beiden Augenlidern, auf dem Gesichte unterhalb der Augen ist eine schwärzliche Pigmentation sichtbar, welche aus zahlreichen schwärzlichen dichtgedrängten Pünktchen zusammengesetzt ist. Dieselbe besteht bereits seit 5—6 Jahren. Ein derartiges Pigmentpünktchen, unter dem Mikroskope besehen, zeigt eine bräunliche amorphe Masse, welche wahrscheinlich aus Kohle gebildet wird. Diese Annahme scheint berechtigt, indem Patient Eisenbahnbeamter ist. Die Erklärung wäre daher diejenige, dafs die Kohlenpartikelchen unter die Epidermis und in die Ausführungsgänge der Hautdrüsen gelangten. Warum gerade die erwähnten Gesichtsteile allein pigmentiert sind und die anderen nicht, welche doch in demselben Mafse den äufseren Schädlichkeiten ausgesetzt sind, dafür ist schwer eine Erklärung zu finden. Therapeutisch wäre hier nicht viel zu machen, es müfsten die Kohlenpartikelchen mechanisch entfernt werden.

Basch hat einen ähnlichen Fall gesehen; derselbe betraf einen Herrn, der bei

einem Eisenbahnzusammenstofse eine Läsion im Gesichte erlitt, worauf mit der Zeit in der Umgebung derselben eine ähnliche Verfärbung sich einstellte. — Justus glaubt, um die Entfernung der Körnchen herbeizuführen, am rationellsten vorzugehen, indem er in der Haut eine Entzündung hervorruft. — Török erwartet nur dann einen therapeutischen Erfolg und zwar durch reizende, schälende Mittel, wenn die Körnchen in der Epidermis und nicht im Corium sitzen. — Schwimmer empfiehlt so vorzugehen, wie es bei Epheliden und Lentigines gebräuchlich ist; bei diesen sind die Veränderungen auch oft im Corium und werden häufig mit stark entzündungserregenden Mitteln Erfolge erreicht.

2. **Ein Fall von Lupus vulgaris disseminatus**, von Török. Das 2½jährige schwächliche und anämische Mädchen machte vor einem Jahre Morbillen durch. Kurze Zeit nachher entwickelten sich drei Knötchen auf der linken Hand und dem Kleinfinger. Im Verlaufe von 3—4 Monaten bildeten sich noch 13 ähnliche Knötchen zerstreut in der Mitte der linken Gesichtshälfte, auf dem linken Ohrläppchen, auf dem rechten Handrücken, auf beiden Oberschenkeln und Glutaealgegenden. Auf der linken Gesichtshälfte ist ein typisches Lupusknötchen sichtbar, ebenso auf dem linken Ohrläppchen. Die übrigen Efflorescenzen sind kleine Erhabenheiten, deren Mitte mit einer Kruste bedeckt ist, nach deren Entfernung ein kleines Geschwürchen zurückbleibt. Die Efflorescenzen nahmen seit ihrem Auftreten an Gröfse stets zu. In Anbetracht der relativ kurzen Zeit, in der die Efflorescenzen auftraten, und der disseminierten Anordnung, supponiert T., dafs dieselben auf dem Wege einer Embolie entstanden sind.

3. **Ein Fall von lokaler Asphyxie**, von Havas. Bei dem 12jährigen Mädchen ist anamnestisch folgendes zu eruieren. Vor sechs Jahren traten in den Fingern und Zehen Paraesthesien auf, dieselben waren bald gerötet; bald blasser, juckten und waren oft schmerzhaft. Die Rötung war anfangs eine vorübergehende, später aber nahm dieselbe einen stabilen Charakter an. Die Beweglichkeit der Finger und Zehen nahm mit der Zeit stets ab, es stellte sich ein stabiles Kältegefühl in denselben ein. Die verschiedenartigsten therapeutischen Eingriffe ergaben stets ein negatives Resultat. — Zur Zeit sind hauptsächlich die Finger geschwollen und rotbläulich. Einzelne Zehen, der kühleren Temperatur ausgesetzt, werden beinahe ganz schwarz. An den Spitzen der Finger sind punktförmige bis hanfkorngrofse, schwarze, wahrscheinlich von Blutextravasaten herstammende Knötchen sichtbar. Einzelne Finger und Zehen zeigen narbige Veränderungen, einzelne Nägel sind in der Entwickelung zurückgeblieben. Die Finger und Zehen sind starr, kalt anzufühlen, die Beweglichkeit beschränkt. Die Intelligenz der kleinen Patientin ist angeblich eine geschwächte. Das Herz, die Blutgefäfse und die Nieren zeigen keine Veränderungen, ebenso die Sphäre der Motilität und Sensibilität; die Kniereflexe sind etwas gesteigert, Sohlenreflex fehlt gänzlich, die Empfindlichkeit der allgemeinen Decke ist intakt. Zu bemerken ist noch, dafs es der Kranken ein angenehmes Gefühl bereitet, wenn ihre Extremitäten mit warmem Wasser in Berührung kommen, ein unangenehmes im entgegengesetzten Falle. Hereditäre Belastung ist nicht vorhanden. — In differentialdiagnostischer Beziehung sind in Betracht zu ziehen: 1. das Erythema perstans, 2. die Congelatio, 3. die Morvansche Erkrankung, 4. die Erythromelalgie, 5. die lokale Asphyxie. Das Erythema perstans kann ausgeschlossen werden, weil, wenn dasselbe auch Jahre hindurch persistiert, solche anatomische Veränderungen wie in diesem Falle nicht beobachtet werden. Die Congelatio ist ebenfalls auszuschliefsen, indem das Leiden sowohl im Sommer als auch im Winter in gleicher Intensität besteht, es fehlt das intensive Jucken und Hitzegefühl, im Gegenteil, Patientin fröstelt stets in den Extremitäten. Blasen- oder Geschwürsbildungen wurden nie beobachtet. Die

Morvansche Erkrankung kann auch ausgeschlossen werden, da selbe mit Anästhesien der Extremitäten einhergeht, zudem fehlen die Panaritien, Rhagaden und Geschwürsbildungen, wie auch die Symptome der Syringomyelie. Um eine Erythromelalgie kann es sich auch nicht hier handeln, indem bei solchen der beteiligte Teil stets mit höherem Temperaturgefühl einhergeht, stark schwitzt und schmerzhaft ist; Wärme steigert nur die Schmerzen, was bei diesem Falle das Entgegengesetzte ist. Dieses alles ausschliefsend bleibt nur noch übrig, eine lokale Asphyxie (Raynaudsche Krankheit) anzunehmen. — Nachdem aber die lokale Asphyxie keine selbstständige Erkrankung ist, sondern blofs ein Symptom, so wäre noch die Ursache des Leidens näher zu bestimmen. Die lokale Asphyxie wird hervorgerufen durch: 1. Hirn- und Rückenmarksleiden, von welchen bei diesem Falle keine Spur vorhanden ist. 2. Neuritiden. Diese können auch ausgeschlossen werden, indem ausstrahlende Schmerzen fehlen, die Sensibilität eine normale ist. 3. Hysterie. Dafür spricht kein einziges Symptom. 4. Ernährungsstörungen, und zwar a) akute Infektionskrankheiten, von denen Patientin keine durchmachte, b) tagelange Strapazen, c) Chlorose, welche allerdings bei Patientin vorhanden ist. Havas ist nun geneigt, diesen Fall auf eine abnorme funktionelle Nervenstörung, auf eine Trophoneurose zurückzuführen, welche mit einer Chlorose kombiniert ist. — In therapeutischer Hinsicht ist bereits alles versucht worden, Patientin nahm bereits Arsen, Eisen, wurde massiert, elektrisiert ohne Resultat. Nachdem alle diese Mafsnahmen unnütz waren, will er noch mit der Organotherapie einen Versuch machen und zwar mit dem Spermin.

Török hatte ebenfalls Gelegenheit, Patientin vor längerer Zeit zu beobachten. Mit der Diagnose kann er nicht übereinstimmen, denn die wichtigsten Merkmale der Raynaudschen Erkrankung fehlen, abgesehen davon, dafs Veränderungen des Nervensystems nicht vorhanden sind. Weder durch selbstständige Beobachtung, noch auf Grund der anamnestischen Daten, konnte er sowohl die lokale Anämie (Ischämie) noch das öftere Auftreten der lokalen Asphyxie beobachten. Und trotzdem die Krankheit bereits seit Jahren besteht, erfolgte noch kein Gangrän. Die schwarzen Pünktchen hält er für Hämorrhagiektasien, welche durch eine leichte Massage verdrängt werden können. In diesem Falle besteht eine solche Stauungshyperämie, wie selbe nach Erfrierung vorkommt. Es ist das ein solches Bild, wie dasjenige, welches Mibelli zuerst unter dem Namen Angiokeratoma beschrieben hat. Seit dieser Zeit sind ähnliche Fälle von Tommasoli, Pringle u. a. beschrieben worden. Die Fälle, welche er zu sehen Gelegenheit hatte, waren dem vorgestellten ähnlich. — Schwimmer hält den Fall für eine Angioneurose und zwar in dem Sinne, wie selbe sowohl infolge Erkrankung des Centralnervensystems, als auch infolge äufserer Schädlichkeiten entstehen. In diesem Falle ist mit Recht eine Erfrierung anzunehmen. Therapeutisch empfiehlt er, nachdem er eine Lähmung der Vasokonstriktoren annehmen mufs, den galvanischen Strom. Was das Spermin anbelangt, hofft er nicht viel Nutzen von der innerlichen Darreichung, noch eher sah er von der subcutanen Injektion eine etwas gesteigerte Stoffwechselproduktion. — Róna schliefst sich auch der Ansicht an, dafs es sich hier um eine Kongelation handelt. Bei Erwachsenen, die anämisch sind, sind auch die Perniones häufiger zu beobachten. — Justus möchte die Aufmerksamkeit auf eine Publikation von Dehio über Erythromelalgie (*Berl. klin. Wochenschr.*) lenken, der Gelegenheit hatte, bei einem erythromelalgischen Falle eine Autopsie zu machen und in der resezierten Art. ulnaris eine Endarteriitis gefunden hat; der Nervus ulnaris war aber intakt. Indem die Raynaudsche Erkrankung mit der Erythromelalgie in naher Verwandtschaft steht und auf Grund des Dehioschen Befundes, ist es nicht unmöglich, auch in diesem Falle die Erkrankung eher auf die Arterienwandungen als auf das Nervensystem zurückzuführen. — Meisels erwähnt den Fall von Englisch,

den Fall von Asphyxie, bei dem Veränderungen der Blutgefäfse und der Nerven vorhanden waren und zwar in dem Sinne, dafs der Gefäfsveränderung die Nervenerkrankung folgte. — Havas hält seine Diagnose aufrecht, denn das klinische Bild entspricht vollkommen einer typischen Raynaudschen Erkrankung, als Ursache derselben betrachtet er auch die Trophoneurose.

4. **Demonstration von Lichen ruber acuminatus (Pityriasis rubra pilaris)-Präparaten,** von Török. Seitdem die letzte Publikation von Kaposi über die Lichenfrage erschienen ist, steht es aufser Zweifel, dafs der Hebrasche Lichen ruber, der Kaposische Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris der Franzosen identische Erkrankungen sind. Diejenigen, die dieselben für identisch halten, anerkennen es zwar, dafs zwischen beiden Prozessen ein scharfer Kontrast ist sowohl in klinischer Hinsicht als auch bezüglich der Hautläsionen, dieselben berufen sich aber auf den Umstand, dafs der Lichen ruber acuminatus sich in einen Lichen ruber planus verwandeln kann, resp. dafs beide bei einem und demselben Individuum vorkommen. Diese Koincidenz ist eine seltene, so dafs die Möglichkeit vorhanden ist, dafs in solchen Fällen beide Erkrankungen bei demselben Individuum nebeneinander vorkommen. Es giebt aber noch eine andere Erklärung. Es ist möglich, dafs die angeblichen Acuminatusläsionen nichts anderes sind, als um die Haarfollikel lokalisierte Planusveränderungen, welche unter solchen Umständen blofs äufserlich den stets um die Haarfollikel lokalisierten Acuminatusknötchen ähnlich sind. Im gegebenen Falle müfsten also zum Beweise des Überganges dieselben histologisch untersucht werden, ob das typische histologische Bild der Acuminatusknötchen vorhanden war und ob dieselben sich später in das ganz verschiedene histologische Bild des Lichen planus umwandelten. — Die eingestellten Präparate stammen von jenem Falle, den er in der vorletzten Sitzung der dermatologischen Gesellschaft vorstellte und den auch Kaposi in seiner letzten Publikation beschrieben. Von den Lichen planus charakterisierenden Epidermishypertrophien ist keine Spur vorhanden. Daselbst ist die Hornschicht des oberen Teiles des Follikels, andererseits sind die der nachbarlichen Hornschicht entsprechenden Hornauflagerungen sichtbar. Die inneren Wurzelscheiden sind etwas verdickt.

5. **Ein Fall von Dermatitis exfoliativa,** von Schwimmer. Die 42jährige Kranke giebt an, dafs ihre Krankheit erst seit einem Jahre besteht, indem auf den unteren Extremitäten kleine Bläschen sich zeigten, die heftig juckten und die sie aufkratzte. Im Verlaufe von zwei Monaten verbreiteten sie sich auf den ganzen Körper mit denselben Symptomen in folgender Reihenfolge: Rücken, Hände, Gesicht u. s. w. Bis vor fünf Monaten näfste der ganze Körper, seit dieser Zeit besteht ein schuppendes Stadium. Zur Zeit ist die ganze allgemeine Decke hellrot verfärbt, das Betasten derselben zeigt kaum welche Veränderungen, keine Infiltration. Die Haut ist trocken, glänzend, macht einen atrophischen Eindruck, ist gespannt, besonders dann, wenn keine Salben verwendet werden. Wenn Patientin einige Tage nicht badet, ist die ganze Haut mit schuppenden Lamellen bedeckt. Die Fufssohlen zeigen keine Veränderungen, auf den Handflächen sind stecknadelkopf- bis linsengrofse, mit rotem Hof umgebene Efflorescenzen sichtbar. Der vorgestellte Fall hat insofern Interesse, indem die Haut so aussieht,- wie bei Pityriasis rubra (Hebra). Das Leiden begann aber nicht von vornherein mit schuppenden roten Flecken und deren weiteren Ausbreitung, sondern mit Blasen und Borkenbildung, bald darauf Nässen.

6. **Ein Fall von Epithelioma ähnlichem Skrophuloderma,** von Schwimmer. Dem 12jährigen Mädchen vereiterten vor zwei Jahren Halsdrüsen, deren Narben nach kurzer Zeit wieder aufbrachen, woselbst ein handflächengrofser Substanzverlust entstand, dessen Ränder aufgeworfen waren, und welcher erst nach drei Monaten heilte.

Ein ähnlicher Prozeſs besteht auf der Oberlippe. Es besteht ein thalergroſser Substanzverlust mit aufgeworfenen Rändern, dessen Basis stark secerniert und schlechte Granulationen zeigt. Von den Rändern wurde ein Stückchen excidiert, das histologische Bild war das eines Granuloms; in dem Sekrete konnten Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden.

7. **Ein Fall von Lichen papulo-ödematosus**, von SCHWIMMER. Vor fünf Jahren bemerkte Patient einen juckenden Ausschlag, welcher durch zwei Jahre nur im Sommer auftrat. Vor drei Jahren traten bei ihm Knötchen verschiedener Gröſse auf, welche noch heute bestehen, mit einem kolossalen Jucken einhergehen und jeder Behandlung trotzen. Zur Zeit bestehen im Gesichte, auf dem behaarten Kopfe hanfkorngroſse, rötliche, dichtgedrängte Efflorescenzen, auf dem Nacken Pigmentationen, auf dem Thorax, besonders auf dem Rücken, sind zahlreiche dichtgedrängte, braunrötliche, teilweise zerkratzte bis linsengroſse Knötchen, welche gröſstenteils eigentümlich wachsartig glänzen. Auf den Streck- und Beugeseiten der Extremitäten sind ähnliche lichenoide Efflorescenzen, nebstbei zahlreiche Pigmentationen; dieselben zeigen das Bild eines Lichen papulosus. Hervorzuheben ist noch, daſs in Bauch- und Lumbalgegend die Haut sich etwas ödematös anfühlt, indem die einzelnen Knötchen mit einem weiſsen Hof umgeben sind, welcher von der gesunden Haut scharf abgegrenzt ist. Nebstdem sind zahlreiche atrophische Stellen sichtbar, welche auf den Rückbildungsprozeſs schlieſsen lassen. Die Inguinaldrüsen sind beträchtlich infiltriert, wie das bei Pruriginösen beobachtet werden kann. Die Schleimhäute sind normal. Das Exanthem juckt auſserordentlich und anhaltend und trotzt jeder Behandlung.

RÓNA: Vor zwei Jahren lag Patient auf seiner Abteilung. Seine damaligen Hauptbeschwerden waren nicht die Hautveränderungen, sondern das lästige Juckgefühl. Er stellte damals die Diagnose auf Pruritus. — TÖRÖK hatte auch Gelegenheit, den Fall vor einigen Monaten zu beobachten. Patient gab an, daſs sein Denkvermögen etwas abnahm, die Sprache war etwas stotternd, die Reflexe etwas gesteigert. Ein Nervenarzt konstatierte eine beginnende Dementia paralytica. Die Hautveränderungen bestanden zumeist aus kongestiven Hyperämien und Ödem, den ständigeren Charakter nahmen selbe erst in letzterer Zeit an. Er ist geneigt, den Fall auf einen Pruritus centralen Ursprunges zurückzuführen, welcher durch das Kratzen erst in zweiter Linie die Hautveränderungen hervorbrachte. — SCHWIMMER hält an der Diagnose fest, er macht noch einmal aufmerksam besonders auf die atrophischen Stellen, Pigmentationen und hauptsächlich auf die circumscripten Ödeme, welch letztere besonders von Interesse sind.

8. HAVAS stellt einen **Fall von Morbus maculosus Werlhofii** vor.

9. **Ein Fall von frühem Tertiarismus kombiniert mit Tuberkulose**, von VAJDA. Der 23jährige Patient machte vor drei Jahren eine Blennorrhoe durch mit einer komplikativen linksseitigen Nebenhodenentzündung, welche nach nicht langer Zeit in eine knotige Infiltration, Zerfall und Fistelbildung ausartete. Im Jahre 1895 acquirierte er eine Syphilis, ein Jahr nachher bildete sich eine knotige Geschwulst im rechten Hodensack, seit einigen Monaten einige Hautgeschwüre. Die Eltern des Patienten leben und sind angeblich gesund, Patient selbst soll stets gesund gewesen sein. Zur Zeit besteht auf der äuſseren Seite des rechten Oberarmes ein thalergroſser, nierenförmiger Substanzverlust, über dem Ellbogengelenke ein nuſsgroſses, erweichtes Gumma, an der Ulna und der Tibia ein Tophus, im rechten Hodensacke eine zweifaustgroſse Geschwulst, deren oberer Teil eine Hydrocele bildet und deren unterer Teil knorpelhart, höckerig anzufühlen ist, der linke Nebenhoden ist ebenfalls nuſsgroſs verdickt, an den Hodensack angewachsen; an dieser Stelle ein geheilter Fistelgang. Harn klar, Prostata normal, die Samenbläschen ebenfalls. Bei dem

Kranken besteht also eine Genitaltuberkulose und ein frühzeitiger tertiärer Prozefs, welcher auf Grund der Tuberkulose sich entwickelt hat.

Török sah auch zwei Fälle, bei denen Lungentuberkulose und Syphilis vorhanden waren, letztere aber bereits im ersten Jahre in frühzeitigen Tertiarismus ausartete, welcher wahrscheinlich infolge der Schwächung des Organismus durch die Tuberkulose aufgetreten ist. — Róna stehen eine Anzahl von Fällen zur Verfügung, bei denen er den frühzeitigen Tertiarismus auf die Tuberkulose als ursächliches Moment zurückführen konnte. — Wohl diagnostiziert die Hodengeschwulst als eine Sarcocele syphilitica, Róna eine Epididymitis tuberculosa. — Justus hat in solchen zweifelhaften Fällen, wo es sich um die Entscheidung zwischen Lues und Tuberkulose handelte, seine Blutuntersuchungsmethode benutzt und bekam in zwei Fällen ein positives Resultat; er empfiehlt daher in dieser Richtung Untersuchungen anzustellen. — Róna beruft sich auf die von Tarnowsky erschienene Publikation, der den frühzeitigen Tertiarismus auf eine gemischte Infektion als ursächliches Moment zurückführt. Bei diesem Falle hatte er Gelegenheit die Sklerose zu sehen, welche aber den gewöhnlichen Charakter hatte.

10. **Ein Fall von Genitaltuberkulose als Komplikation der Blennorrhoe**, von Feleki. Patient, 39 Jahre alt, acquirierte vor 1½ Jahren eine Blennorrhoe, ein halbes Jahr darauf trat vollständige Harnretention ein, von welcher Zeit an Patient stets katheterisiert werden mufs. Die Untersuchung des Kranken ergiebt eine klinisch typische Prostatitis, Cowperitis und Epididymitis tuberculosa. Der Prozefs griff bis jetzt nicht auf die Hoden über; dieselben sind von den Nebenhoden scharf abzugrenzen. Die Nebenhodenentzündung ging ohne Schmerzen einher und zeigte bis jetzt keine Tendenz zum Zerfalle. Die Genitalsekrete wurden häufig untersucht, ohne Tuberkelbacillen nachweisen zu können. Der äufsere Habitus des Kranken würde auf keine Tuberkulose schliefsen lassen, die Lungen sind frei.

Róna stimmt der Diagnose vollkommen bei, derartige Fälle gehören nicht zu den Seltenheiten. — Feleki rechnet solche Fälle, wo der Prozefs nach so langem Bestehen auf die Hoden noch nicht übergegriffen hat und das Infiltrat noch nicht zerfallen ist, allerdings zu den Seltenheiten. — Róna hatte Gelegenheit, derartige Fälle auch öfter zu beobachten. — Feleki citiert König, der zu den seltenen Ausnahmen jene Fälle rechnet, bei welchen nach 8—10wöchentlichem Bestande es zum Zerfalle noch nicht gekommen ist.

11. **Ein Fall von hochgradiger Harnröhrenstriktur infolge einer im Kindesalter acquirierten Blennorrhoe**, von A. Aschner. Der 19jährige Schlossergehilfe meldete sich vor einigen Tagen mit der Klage, dafs er den Harn nicht lassen kann, Tags vorher mufste ihn ein Arzt katheterisieren, seit dieser Zeit hat er wieder keinen Urin gelassen. Harnbeschwerden bestehen eigentlich schon seit Jahren bei ihm, seit beiläufig zwei Jahren kann er nur mit gröfserer Anstrengung der Bauchpresse urinieren, vor einem halben Jahre litt er auch an vollständiger Harnretention, welche auf ärztliche Hülfe sich etwas besserte. Blennorrhoe hatte Patient angeblich niemals; vor drei Monaten konnte er einige Tage hindurch 1—2 Tropfen schleimige Flüssigkeit aus der Harnröhre pressen, subjektive Empfindungen hatte er dabei nicht. — Die Untersuchung des Kranken ergab, dafs aus der Harnröhre Sekret nicht zu gewinnen ist; beide Portionen des Urins sind klar, der Urin entleert sich bei angestrengter Bauchpresse blofs in Tropfen. Die Sondenuntersuchung ergab, dafs der Katheter No. 3 engl. in der Mitte der Pars pendula beiläufig an der Übergangsstelle in den scrotalen Teil auf ein Hindernis stöfst, welches auch als eine starre Infiltration durchzutasten ist, welche dieselbe noch passiert, von hier in der Pars bulbosa wieder stecken bleibt und blofs nach stärkerem Druck durchgleitet. Es

besteht also offenbar in diesem Falle eine hochgradige Striktur. — Nachdem Patient negiert, dafs er je eine Blennorrhoe gehabt hätte, und die Harnbeschwerden dennoch bereits seit Jahren bestehen, ist die Entstehung der Striktur allerdings auf eine im frühen Alter durchgemachte Erkrankung zurückzuführen. Laut Angabe seiner Mutter hatte er als 4jähriges Kind eine entzündliche Erkrankung auf dem Gliede, es wurde auch derenhalber damals in einem Hospitale eine Circumcision bei ihm durchgeführt. In anbetracht dessen, dafs zur Zeit eine hochgradige Striktur besteht, zu deren Entwickelung allerdings Jahre notwendig sind, scheint die Annahme berechtigt zu sein, dafs der im Kindesalter bestandene Entzündungsprozefs eine Blennorrhoe war, als deren Komplikation, eine der häufigsten Komplikationen der kindlichen Blennorrhoe, eine Balanoposthitis auftrat, wegen der die Circumcision auch gemacht wurde. Zu dieser Annahme sind wir umso eher berechtigt, indem es heute bereits erwiesen ist, dafs die Ursache, der Verlauf und die Komplikationen der kindlichen Blennorrhoe dieselben sind wie bei den Erwachsenen. Nur in der Beziehung, ob sich auch Strikturen entwickeln, sind die Daten noch prekär, diesbezüglich sind in den letzten Jahren auch bereits mehrere Beobachtungen veröffentlicht.

Wohl bemerkt, ob bei solch kallöser Striktur die chirurgische Behandlung nicht empfehlenswerter wäre. — Schwimmer schliefst sich dieser Ansicht an. — Aschner erwidert, es wäre erst Pflicht, mit der temporären Erweiterung einen Versuch zu machen, und erst, wenn diese kein Resultat herbeiführt, zur chirurgischen Behandlung überzugehen. *A. Aschner-Budapest.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 40, Heft 1. 1897.

I. **Ein Fall von Xanthoma tuberosum diabeticum,** von G. Töpfer-Wien. Der 42jährige Patient, dessen Vater im Jahre 1893 an einer Leberaffektion gestorben ist, war früher stets gesund. Seit zehn Jahren bemerkte er das Auftreten kleiner Tumoren zuerst an den Streckseiten der oberen Extremitäten, später am Nacken, am Gesäfs und an den Streckseiten der Unterextremitäten. Der Zustand ist seit etwa drei Jahren stationär. Nur einzelne Geschwülstchen sollen sich unter Zurücklassung narbiger Depressionen und Pigmentierung zurückgebildet haben. Die Tumoren sind linsen- bis haselnufsgrofs, teils glatt, teils eigentümlich brombeerartig gefeldert, in der Peripherie hellrot gefärbt, gegen das Centrum hin deutlich fettgelb. Zwischen den dichtgedrängt stehenden, zum Teil konfluierenden Geschwülstchen sind linsengrofse narbige Depressionen mit einem peripheren, unregelmäfsig begrenzten Pigmenthofe erkennbar. Die gröfsten und zahlreichsten Tumoren sieht man an den Ellbogengelenken. — Die in 24 Stunden gesammelte Harnmenge betrug 1260 g; spezifisches Gewicht 1031; Farbe weingelb klar; Reaktion sauer; Eiweifs ca. 0,067%; Zucker 5%; Aceton, Acetessigsäure negativ. Im Sedimente spärliche Leukocyten, einzelne Blasenepithelien. Pentosen fanden sich in den wiederholt untersuchten Urinen nicht. — Klinisch waren keine diabetischen Symptome, weder Polydipsie, noch Bulimie,

noch Polyurie vorhanden. — Histologisch besteht der Tumor nach der Untersuchung eines excidierten Knotens aus fibromatösen Strängen, welche aus dem Bindegewebe der Haut ihren Ursprung nehmen. Das gelbe Fett liegt in den Zellen der fibrösen Stränge selbst. Von der fibrösen Grundlage genetisch verschiedene Xanthomzellen sind nicht nachweisbar. Der Tumor ist nicht entzündlichen Ursprunges. — Der Patient unterzog sich einer sechswöchentlichen Kur in Karlsbad, wobei weniger auf eine antidiabetische als antiuratische Diät Gewicht gelegt wurde. Dieselbe bestand in Beschränkung der Eiweifskost und in reichlicher Zufuhr von Pflanzenkost. Während dieser Behandlung konnte eine auffallend schnelle Involution der Xanthomknoten konstatiert werden, die auch nach der Rückkehr des Patienten aus Karlsbad weitere Fortschritte machte.

II. **Über Urticaria mit Pigmentbildung,** von P. Róna-Wien. (Vergl. Referat *Monatsh. f. prakt. Derm.* Band 24, S. 369.)

III. **Experimentelle Studien über Chlorcalcium und seine Verwertung in Kreuznacher Bäderkuren. Ein Beitrag zur Lehre vom Einfluſs der Hautnerven auf den Stoffwechsel,** von E. Vollmer und C. Aschoff-Bad Kreuznach. Das Chlorcalcium bildet ein wesentliches Agens der Kreuznacher Trinkquellen und der Kreuznacher Mutterlauge. Ehe die Verfasser die Resultate ihrer Studien über die Wirksamkeit des Chlorcalciums mitteilen, rekapitulieren sie kurz die Lehre von der Bedeutung des Kalkes im Organismus und geben einen Überblick über die Frage nach der Resorption und Ausscheidung des Kalkes. Verschiedene diesbezügliche Arbeiten früherer Autoren haben den Beweis erbracht, daſs die Kreuznacher Trinkquellen den Calciumgehalt des Blutes steigern und in der Lage sind, bei Calciummangel recht vorteilhaft zu wirken. Dagegen ist die Frage, wie sich die stark calciumhaltigen Bäder auf den Kalkbestand des Organismus verhalten, ob sie durch Resorption durch die Haut oder durch centripetale Reflexerregung des Stoffwechsels wirken, ähnlich wie die Wärmeregulierung im Organismus, noch nicht entschieden. Verfasser haben deshalb, um die Frage zu lösen, Versuche angestellt, deren Gang im folgenden ausführlich beschrieben wird. Die Untersuchungen haben ergeben, daſs durch Baden in Kreuznacher Sool- und Mutterlaugenbädern im Organismus der Menschen die Kalkausscheidung im Harn und das Kochsalz im Harn einen bedeutenden und chemisch genau zu berechnenden Zuwachs erfährt, der nach der Ansicht der Verfasser als Maſsstab für den Zuwachs des Umsatzes an Chlornatrium und Kalk in den Geweben gelten kann. Sicher gestattet die Menge des Harnkalkes und Harnchlors einen annähernd richtigen Schluſs auf die Gesamtausscheidung und Gesamtresorption. Der gesteigerte Umsatz wird nicht durch Resorption durch die Haut, sondern wie die Verfasser annehmen, durch nervösen Einfluſs von dem peripheren Nervensystem ausgelöst.

IV. **Pemphigus vulgaris und vegetans mit besonderer Berücksichtigung der Blasenbildung und der elastischen Fasern,** von Friedrich Luithlen-Wien. Der Verfasser teilt in der vorliegenden Arbeit die histologischen Befunde zweier von ihm untersuchter Fälle von Pemphigus vulgaris und vegetans mit und berichtet über die Resultate, welche sich beim Vergleiche der Befunde ergeben haben. Die erste 43 Jahre alte Patientin zeigte bei der Aufnahme in Prof. Kaposis Klinik das typische Bild einer akuten Blaseneruption bei Pemphigus vulgaris; über den ganzen Körper zerstreute Eruption von Blasen in allen Stadien und Gröſsen, auch Blasenbildungen der Mundschleimhaut, auſserdem auf frühere Eruptionen hindeutende Veränderungen der Haut, besonders scheibenförmige Pigmentationen. Während ihres Aufenthaltes in der Klinik vom Juni bis Dezember 1895 bekam die Patientin wiederholte Nachschübe von Pemphigusblasen zeitweilig unter schweren Allgemeinerscheinungen. Am

21. Oktober wurde unter Cocainanästhesie ein Hautstückchen mit Blase vom linken Arme excidiert. Im November liefsen die Blasennachschübe nach; vom 29. November bis zur Entlassung zeigten sich keine neuen Blasen mehr. Die Patientin wurde am 16. Dezember mit folgendem Schlufsstatus gebessert entlassen: Am ganzen Körper zerstreut rundliche, erbsen-, kreuzer- und guldengrofse, gruppierte, oder in Kreisen oder bogenförmigen Linien stehende hellbraune Pigmentflecke. Allgemeinbefinden und Ernährung gut. Urin vollkommen frei von fremden Bestandteilen; innere Organe normal. — Der Verfasser teilt im folgenden das Resultat der histologischen Untersuchung des excidierten Hautstückchens mit. — — Die Krankheit in dem zweiten Falle, der eine 60jährige Frau betraf, begann vier Wochen vor ihrer Aufnahme in die Klinik mit roten Flecken in der rechten Leistenbeuge und am Bauche, mit Mattigkeit und Fieber. Drei Tage nach dem Auftreten der Flecke traten an denselben Stellen Blasen auf, gleichzeitig entwickelten sich einige Erythemflecke am Rücken, sowie kleine Blasen. Die Patientin ist schwächlich, abgemagert. Die allgemeine Decke und Schleimhäute sind blafs. An den Streckseiten der oberen Extremitäten, an der Innen- und Beugeseite der Oberschenkel, die Aufsen- und Streckseiten teilweise freilassend, am Mons pubis, am Bauche zwischen Nabel und Rippenbogen ist die Haut in zusammenhängender Fläche etwas eleviert, gerötet. Die Rötung ist in der Peripherie am lebhaftesten, im Centrum am schwächsten. An den so veränderten Partien sieht man hier und da vereinzelt stehende bis haselnufsgrofse Blasen, dann ebensolche Borken und Krusten. Die Mundschleimhaut ist frei. Es treten in den nächsten Wochen wiederholte von Fieberexacerbationen begleitete Blasennachschübe auf. Die Blasen sind stets prall gefüllt, einige hämorrhagisch. Nach fünfmonatlichem Aufenthalte in der Klinik werden die Eruptionen stetig seltener. An der Stelle abgeheilter Blasen zeigen sich Pigmentationen. Das Allgemeinbefinden und die Ernährung der Patientin sind auffallend gebessert. — Der histologische Befund an einer excidierten, vollentwickelten Blase stimmt im grofsen und ganzen mit dem im ersten Falle überein. Die Details werden ausführlich vom Verfasser beschrieben. — Das Resumé der Untersuchungen ist folgendes: 1. Die Pemphigusblase entsteht durch totale Abhebung des Rete samt basaler Schicht von den Papillen mit Zurücklassung einzelner interpapillärer Zapfen. 2. Die Heilung der durch die Ablösung des Rete bedingten Epithelverluste geschieht ohne Narbenbildung; die Epidermisierung der Papillen wird von diesen zurückgebliebenen Retezapfen besorgt. 3. Der Grund zu dieser Entstehung der Pemphigusblase kann in der beim Krankheitsprozesse ausgeschiedenen Exsudationsflüssigkeit liegen, insofern dieselbe, wahrscheinlich infolge Einwirkung auf die feinsten elastischen Fasern und deren Zusammenhang mit den Retezellen, die Epidermis von der Cutis loslöst. 4. Es besteht kein Anhaltspunkt, dafs Pemphigus vegetans eine Krankheit sui generis ist, denn einerseits findet man histologisch bei der vegetierenden Form in den elementaren Vorgängen Anklänge an die vulgäre Form (spaltförmige Hohlräume durch Abhebung des Rete samt basaler Schicht von den Papillen, Degeneration elastischer Fasern), andererseits lassen sich die scheinbar abweichenden Befunde in genügender Weise durch die chronische Exsudation mit allen ihren Folgen erklären. — Die von Kaposi auf Grund der klinischen Beobachtungen stets betonte Identität der vulgären und vegetierenden Form erfährt durch diese histologischen Untersuchungen eine weitere Unterstützung.

V. **Beitrag zur Histologie und Lehre vom Xanthoma tuberosum multiplex**, von Gmyrr-Elberfeld. Der Verfasser bespricht zunächst den gegenwärtigen Stand der Xanthomlehre und hebt hierbei gegenüber den spärlichen und wenig klärenden Arbeiten deutscher Autoren diejenigen ausländischer Forscher, insbesondere die im Jahre 1884 erschienene Arbeit Chambords hervor. Sodann beschreibt er einen Fall

aus Dr. Eichhoffs dermatologischer Abteilung. Der 33jährige Patient erkrankte vor einem Jahre mit leichten, ziehenden Schmerzen in der Lenden- und Glutäalgegend. Einige Wochen darauf bildeten sich deutlich fühlbare Knötchen über der Glutäalgegend. Die Knötchen vergrößerten sich langsam, während die ziehenden Schmerzen nach und nach verschwanden. Zwei Monate später, Januar 1896, traten diese wieder im Rücken, in Ober- und Unterarmen und im Nacken auf. Beim Nachlassen der Beschwerden fühlte der Patient wiederum kleinste Knötchen sich entwickeln, die ihn schließlich veranlaßten einen Arzt zu konsultieren. Bei der Aufnahme im Krankenhause zeigte der Patient auf dem Rücken von der Hinterhauptshaargrenze abwärts bis hinab zu den Kniekehlen zahlreiche disseminierte, 1—2 mm über das Niveau der Haut erhabene, stecknadelkopf- bis hirsekorn- und linsengroße, gelbe Knötchen. Von den Extremitäten sind in auffallender Weise die Streckseiten befallen. Die inneren Organe des Patienten sind gesund; hereditär Belastendes liegt nicht vor. Die Harnuntersuchung ergab einen regelmäßigen Eiweißgehalt, die Urinmenge nicht vermehrt. Von morphologischen Elementen fanden sich spärliche weiße Blutkörperchen zwischen reichlicheren Blasenepithelien, hier und da ein granulierter Cylinder. Die Harnzusammensetzung blieb während einer vierteljährlichen Beobachtungszeit dieselbe. Verfasser erörtert im folgenden die Frage eines ätiologischen Zusammenhanges der Nierenaffektion mit der Xanthomatosis. Thatsächlich konnte während der langen Behandlung des Patienten wahrgenommen werden, daß mit der Besserung der Nierenaffektion auch eine Rückbildung und Abblassen der Knötchen einherging, und mit einer Exacerbation des Nierenzustandes neue Knötchen zum Vorschein kamen. Daraus glaubt Verfasser sich zur Annahme berechtigt, daß das Xanthom keine Lokalerkrankung, sondern eine Erkrankung auf einer allgemeinen Grundlage und deshalb nicht den eigentlichen Tumoren zuzurechnen sei. Deshalb sei der Xanthomprozeß auch keine Prolifération irritative und Dégénerescence graisseuse, da die Verfettung in der vollebensthätigen Zelle eintritt. Anatomisch wie klinisch steht der vorliegende Fall dem gewöhnlichen Augenlidxanthom fremd gegenüber. — Die Resultate der histologischen Untersuchung excidierter Knötchen werden vom Verfasser sehr ausführlich mitgeteilt.

VI. **Zur Frage der Lungenembolien bei Paraffininjektionen**, von Hartung-Breslau. Lesser hatte auf dem internationalen Kongreß in Berlin dem Verfasser, als dieser über einen Fall von Embolie berichtete, geraten, nach dem Einstechen der Spritze die Kanüle abzunehmen und abzuwarten, ob Blut aus derselben herausfließe. Sei eine Vene angestochen, so müsse Blut aus der Kanüle fließen. Verfasser hat sich von der Richtigkeit des Lesserschen Schlusses früher und auch jetzt nicht gelegentlich einer Anzahl von Experimenten an Kaninchen überzeugen können. Er hat bei mittelgroßen Kaninchen die Schenkelvene freigelegt und eine nicht mit Paraffin gefüllte Nadel centripetal eingestochen, es kam jedoch kein Blut. In einer anderen Reihe ging Verfasser centrifugal mit Paraffin gefüllter Kanüle ein, wiederum blieb das Blut aus. Die Kanüle enthielt wohl stets Blut, aber der Druck hatte nicht genügt, es durch die Öffnung zu treiben. Versuche beim Menschen ergaben dasselbe Resultat. Verfasser konnte übrigens an Leichen große Venenlakunen in der Glutäalmuskulatur nicht konstatieren. Er hält es hiernach für viel weniger wahrscheinlich, daß eine in den Glutäen angestochene Vene Blut austreten lasse. Die Modifikation der Injektionen nach dem Vorschlage Lessers gewähre für das Vermeiden der Embolie keine absolute Sicherheit. Überdies bleibe es sehr fraglich, ob nicht in einer technisch nicht geübten Hand die Gefahr der Luftembolien beim Abnehmen und Wiederaufsetzen der Spritze vergrößert werde. Verfasser möchte diese Gefahr fast größer anschlagen, als die der Paraffin-Hg-Embolien. Trotzdem halte er die subcutanen Injektionen unlöslicher Hg-Salze für eine ganz ausgezeichnete Behandlungsmethode, die zu be-

seitigen die wenigen in der Litteratur publizierten Fälle von Lungenembolien keinen Grund abgäben. *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.

August 1897.

Epidermolysis bullosa, von Wallace Beatty-Dublin. J. F. Payne hatte in der *Lancet* (August 1893) gelegentlich der Besprechung der „kongenitalen traumatischen bullösen Krankheit" folgende Merkmale derselben zusammengestellt: 1. In der Gröfse wechselnde Blasen werden an verschiedenen Körperteilen durch Reibung oder irgend eine Verletzung hervorgerufen, aber nicht auf andere Weise. 2. Die Blasen sind oft hämorrhagisch. 3. Die Nägel erkranken oft durch ähnliche Verletzungen, werden deformiert oder gänzlich zerstört. 4. Das Allgemeinbefinden leidet nicht unter der Affektion. 5. Die Krankheit ist angeboren oder datiert wenigstens seit der frühesten Kindheit und tritt bisweilen bei mehreren Mitgliedern derselben Familie auf. 6. Medikamente oder irgend eine andere Behandlung beeinflussen die Affektion nur wenig. — Der Verfasser stellt im folgenden sämtliche in der Litteratur publicierten Fälle von Epidermolysis bullosa in kurzen Auszügen zusammen und beschreibt dann drei Fälle in einer Familie, welche er im Jahre 1897 längere Zeit hindurch beobachtet und behandelt hat. Der 41jährige Patient (Vater der beiden anderen) erzählt, dafs bald nach seiner Geburt die Haut des rechten Beines sich abgeschält habe. Er erinnere sich, als siebenjähriger Knabe sich an einer Stelle verletzt zu haben. An derselben habe sich eine Blase gebildet. Seitdem sei er oft bei leichten Verletzungen von Blasenbildungen heimgesucht worden. Die Blasen enthielten bisweilen einen klaren, bisweilen blutigen Inhalt. Die vulnerablen Teile seien die Unterschenkel, Ellenbogen, Hände und Füfse und auch die Kopfhaut. Andere Körperteile zeigten die Vulnerabilität und auch die Blasenbildung nicht. Einem schwachen Stofs auf den Ellenbogen beispielsweise sei eine Blase gefolgt. Nach wenigen Tagen sei jede Läsion abgeheilt. Der Patient lebt mäfsig und hat niemals Syphilis gehabt. Verf. beschreibt ausführlich den Status bei der ersten Besichtigung des Kranken. Bei der 3jährigen Tochter desselben begann die Krankheit, als sie 2 Monate alt war. Aufser Blasen sieht man bei dieser Patientin an einigen Fingergelenken, an beiden Handtellern, am Halse in der Gegend des ersten Rückenwirbels Gruppen von Milien. Das 18 Monate alte Kind (dritter Patient) ist mit einer Blase am rechten Daumen geboren und seitdem an verschiedenen Stellen befallen worden. Die Mutter ist gesund. — Ein kleines Stückchen Haut, welches eine Gruppe von 3—4 Milien enthielt, wurde behufs mikroskopischer Untersuchung von der hinteren Halsfläche excidiert, in Alkohol gehärtet, geschnitten und mit Boraxkarmin gefärbt. Die Schnitte zeigen Cysten, welche unmittelbar unterhalb der Epidermis liegen; die Wand der Cysten wird von einer schmalen Schicht Epithelialzellen gebildet, während der Hohlraum teils leer ist, teils ungefärbte, hornige Zellmassen enthält. Ein direkter Zusammenhang mit der Epidermis konnte nirgends wahrgenommen werden. Nur die Thatsache, dafs die Wände aus epithelialen Zellen bestehen und den Cysteninhalt verhornte Zellmassen bildeten, liefs darauf schliefsen, das die Cysten epithelialen Ursprunges seien. Dafs sie nicht notwendig mit den Haarfollikeln im Konnex zu stehen brauchen, beweist das Auftreten solcher Cysten an den Handtellern und Fingern. — An den Stellen, wo Gruppen von Milien vorhanden waren, bildeten sich niemals Blasen. Verfasser bespricht die Pathologie und Ätiologie der Epidermolysis bullosa und teilt noch einige Fälle von mit ihr verwandten Affektionen aus der Litteratur mit. — Die fleifsige und erschöpfende Arbeit wird nachfolgenden Forschern manche Mühe ersparen. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897. No. 6.

I. **Behandlung der tuberkulösen Blasenentzündungen**, von Banzet. Das Thema ist in erschöpfender Weise und von modernem Standpunkte aus behandelt. Als Resumé kann folgendes gelten: Bei der Cystitis tuberculosa hat die medikamentöse Behandlung eine höchst wichtige Rolle zu spielen und soll nicht unversucht bleiben. Oft werden die Anzeigen für dieselbe schlecht begriffen, indem die Kranken blofs wegen ihrer Albuminurie und namentlich, ganz mit Unrecht, mit Milchdiät behandelt werden. — Durch die arzneiliche Behandlung allein kann die Heilung der tuberkulösen Blasenentzündung erreicht werden. — Die örtliche Behandlung, natürlich die gut ausgeführte, paſst für alle Fälle; sie darf die Kranken nie schädigen. — Die örtlichen Mittel sind schon von Anfang an benützbar; Sublimat als Einträufelung giebt in schwachen Dosen vortreffliche Resultate. Die übrigen, bisher verwendeten Topica scheinen ihm nicht ebenbürtig. Das Guajakol lindert öfters die Schmerzen. — Die blutigen Eingriffe sind hauptsächlich gegenüber den subjektiven Zeichen, Schmerz und Harndrang heftiger Art, angezeigt, nachdem die örtlichen Mittel in Verbindung mit der Allgemeinbehandlung keine Besserung erzielt haben. Die Auskratzung des Blasenhalses, welche beim Manne durch eine perineale, bei der Frau durch eine urethrale Boutonnière ermöglicht wird, giebt in Verbindung mit der nachfolgenden breiten und lange dauernden Drainage einen vortrefflichen Erfolg. In der Mehrzahl der Fälle verschaffen diese bei den Operationen eine deutliche Verminderung, ja sogar Unterdrückung der Schmerzen, sowie eine rapide Besserung des Allgemeinbefindens. Die örtliche Besserung ist oft sehr beträchtlich, fast der Heilung gleich, besonders beim Weibe. Der hohe Blasenschnitt wird für diejenigen Fälle übrig bleiben, in denen die vorhergegangenen Eingriffe, selbst in Verbindung mit der Wiederaufnahme des örtlichen Verfahrens, ohne Wirkung geblieben sind. Aber nach den bisherigen Erfahrungen betrachte man die Sectio alta nicht als Operation der Wahl. — Die Anlegung einer Blasen-Scheiden-Fistel wird als die letzte Zuflucht bei der Frau dann am Platze sein, wenn die Cystitiden in der Intensität ihrer Symptome die schmerzhafte Form aufweisen und allen übrigen Behandlungsarten trotzen. — Die blutigen Operationen, welche als erste Indikation die Notwendigkeit aufweisen, einem durch die örtlichen Mittel nicht beseitigten funktionellen Zustande abzuhelfen, finden bei sehr schmerzhaften Blasenentzündungen keine Kontraindikation gegenüber einem bereits sehr ernsten Allgemeinzustande oder in dem Bestehen vorgeschrittener tuberkulöser Veränderungen in anderen Organen.

II. **Bemerkungen über die verlängerte Drainage der Blase durch die natürlichen Wege**, von Escat. Diese sehr beachtenswerte Arbeit bringt neue Vorschläge. Zur Erläuterung sind Zeichnungen beigegeben, ferner dienen 6 Krankengeschichten zum Beweise der Nützlichkeit des vorgeschlagenen Verfahrens. In folgendem dürfte das Wesentliche des Artikels enthalten sein: Für die Harnröhre und die Blase ist es möglich, einen Verweilkatheter Monate und Jahre lang ohne den geringsten Mifsstand zu ertragen. Während dieser langen Zeit haben sowohl der Harnapparat als der ganze Organismus einen deutlichen Nutzen von dieser verlängerten Drainage. — In den chronischen Harnverhaltungen, welche zum Tragen des Verweilkatheters genötigt haben, ist es nützlich, auch nach der Heilung der schweren Zufälle, den Verweilkatheter nicht vor der völligen Wiederherstellung des Organismus zu entfernen. Die Fieberlosigkeit, das Verschwinden der Intoxikations- oder Infektionszeichen, das Aussehen des Harns geben nicht genug Sicherheit dafür, dafs auch bei blofs zeitweiliger Drainage kein Unfall sich ereigne. Man wird sich Rechenschaft

geben müssen über den genauen Stand des Harnapparates, über die Schwere der behandelten Zufälle, über die Dauer der Harnverhaltung und wird den Katheter nicht eher weglassen dürfen, bis der Organismus alle seine Hilfsmittel wiedergewonnen und besonders der Harnapparat von den auf die Retention folgenden krankhaften Veränderungen sich gänzlich frei gemacht hat. Bei denjenigen Harnkranken, welche total inficiert sind und durch die Unterbrechung der kontinuierlichen Drainage Rückfälle erfahren haben, ist die der Zeit nach unbegrenzte Drainage durch die natürlichen Wege direkt nötig. Sie allein ergiebt noch bei diesen Unheilbaren ein gewisses Heilresultat. — Bei den Prostatikern vermeidet sie die frühen und späten Übelstände der hypogastrischen Öffnung, verwirklicht aber einen Teil des durch diese Operation (Cystostomie) verfolgten Zweckes. In Verbindung mit dem Umhergehen sichert die verlängerte Drainage (mittelst geschlossenem oder offenem Katheter) den Patienten mit chronischer Harnverhaltung eine sehr erträgliche Lage und schafft Raum für ungeahnte Besserungen. Die Mifsbildungen der Pars prostatica und der Blase können Stauungsherde schaffen, welche für den Katheter nicht zugänglich sind und frühzeitig seine guten Wirkungen einschränken. Es ist leicht, auf eine praktische Weise die unbegrenzte Drainage zu sichern und zu erhalten. Für die Détails sei auf das Original und die Zeichnungen verwiesen.

III. **Vereinfachte Technik des antiseptischen Selbst-Katheterismus,** von Guiard. Der Verfasser empfiehlt für diejenigen Kranken, welche durch chronische Harnverhaltung gezwungen sind, sich oft selbst zu katheterisieren, einen nach seiner Angabe von H. Germain in Paris konstruierten Katheterisierungstisch, der alle Gegenstände in bequemer Anordnung enthält, welche zur Asepsis und Antisepsis der Instrumente (Katheter) dienen. Als antiseptische Lösung wird Argentum nitricum verwendet 1—2:1000. Wegen der übrigen in Betracht kommenden Lösungen und sonstigen Gegenstände sei auf das Original verwiesen. Referent glaubt, dafs mit diesem Möbelstück noch lange nicht das Ziel „Vereinfachung der Antisepsis" erreicht ist. Für die Katheterisierung aufserhalb des Hauses wird eine Art zerlegbaren Bohrstockes empfohlen, der das sterilisierte, zu gebrauchende Instrument enthält und jedenfalls eine hübsche Erfindung darstellt. Fabrikant ist ebenfalls Germain.

IV. **Grofser extraperitonealer Rifs der Blase. Heilung,** von Petit. Der ausführlich beschriebene Fall bietet manches Interessante. Zunächst ist schon die Art der Gewalteinwirkung erwähnenswert: Ein Karrenführer wurde von seinem Pferde umgeworfen, geriet mit der rechten Seite des Beckens an das Trottoir, während die linke durch das Wagenrad eingepreſst wurde, das in schiefer Richtung hinstiefs. In diesem Momente empfand der Kranke bereits für etliche Augenblicke Harndrang. — Bei der Aufnahme ins Spital waren, abgesehen von einigen anderen schweren Verletzungen, die Zeichen einer Zerreifsung der Blase am auffälligsten: Bald konnte der Kranke etwas blutigen Urin abgeben, dann wieder garnicht urinieren, auch der Katheterismus ergab nur blutigen Harn. Es bestanden heftige Schmerzen im Leibe, Kontrakturen der Bauchmuskeln, Auftreibung des Leibes, physikalische Zeichen einer Flüssigkeitsansammlung über der Symphyse mehr nach links, auch sonstige Symptome eines schweren Trauma. Bei der Laparatomie traf man aufserhalb des Peritoneums eine Höhle, die mit 2 Liter Urin und Blut angefüllt war. Das Becken-Peritoneum war losgeschält und oben verzogen, die seitlichen Teile der eben genannten Höhlung bildete das Becken, man gelangte leicht auf die Aponeurose des Musc. obturator internus. Im Grunde der Wunde lag die Blase, der Länge nach, vom Scheitel bis 1 cm vom Blasenhalse zerrissen, flach ausgebreitet. — Die Blase wurde nicht vernäht, nur ihre Ränder mittelst einiger Nähte an die Bauchwunde befestigt. Jodoformgaze-Tamponade-Drainage. Der Verlauf war vielfach sehr beunruhigend. Brechen, Re-

spirationsstörungen, später Broncho-Pneumonie, Delirien traten hinzu; während der letzteren wurde der Verweilkatheter öfters vom Kranken entfernt. Bei den manchmal eintretenden Kollapszuständen wurde künstliches Serum durch die Venen eingespritzt und hatte anscheinend günstige Wirkung. Drei Monate nach der Operation konnte der Patient als geheilt entlassen werden. Blasenbeschwerden bestanden nicht mehr. Etliche Monate später befiel ihn eine Pleuritis, von der er aber bald genas. Epikritisch macht der Verfasser auf die Seltenheit der extraperitonealen Blasenrisse aufmerksam (12—15%) und auf den noch selteneren Sitz derselben in der vorderen Blasenwand (9 Mal in 322 Fällen). Es sind gewöhnlich indirekte Zerreifsungen; in vorliegendem Falle war offenbar die Blase voll, dehnte sich aus, die Kontraktionen der Bauchmuskeln und der linksseitige Druck des Rades drängten dieselbe nach unten und vorn, bis die Vorderfläche einrifs.

V. **Pseudomembranöse Samenbläschenentzündung mit dem Bacillus coli: nachfolgende Entzündung des Nebenhodens und der Tunica vaginalis**, von Nogués. Eine sehr bemerkenswerte Beobachtung: Verfasser behandelte einen jungen Mann wegen rechtsseitiger akuter Epididymitis, deren Ursache zunächst nicht klar war. Zugleich bildete sich eine mäfsige Flüssigkeitsansammlung in der Tunica vaginalis. Der rechtsseitige Samenstrang zeigte sich auch ein wenig verdickt, Prostata normal, der Hals der rechten Samenblase etwas fühlbar, nirgends Zeichen von Tuberkulose. Heilung der Epididymitis erfolgte in 14 Tagen. Ein genaues Verhör des Patienten ergab nun, dafs derselbe zuerst vor 5 Jahren und dann vor 2 Jahren eine akute Blennorrhoe sich zugezogen hatte; beide heilten anscheinend in 3—4 Monaten. Seither hätten weder geschlechtliche noch diätetische Exoesse irgend eine Sekretion mehr hervorgebracht, es bestand auch wirklich keine solche. Die Urinuntersuchung ergiebt jedoch im 1. Glase ziemlich dicke und zahlreiche Fäden, während das 2. Glas nur klaren Harn zeigt. Die bakteriologische Prüfung dieser Fäden wies das reichliche Vorhandensein eines kurzen, dicken Bacillus nach, der durch Grams Methode entfärbt wird und überhaupt alle Färbereaktionen des Bacillus coli darbietet. — Bei einer weiteren Untersuchung liefs nun Verfasser den Patienten wieder in 2 Gläser urinieren, den Rest des Urins noch verhalten, und fügte dann die Massage der Prostata und Samenbläschen bei. Hierauf wurde in ein 3. Glas uriniert. Nun zeigten sich im 1. Glase die gleichen Fäden wie früher, der Harn des 2. Glases war klar, im 3. Glase fand sich eine bedeutende Menge von ganz eigentümlichen Fäden vor: sie sind alle sehr dicht, fallen rasch zu Boden, einige besitzen keine richtige Form, bestehen aus einer weifsen Masse, andere aber sehen wie wirkliche Cylinder aus, haben fast das Kaliber einer Sonde von No. 8—10 und eine Länge von 8—15 mm. Mit diesen werden gleich Kulturen auf Fleischsuppe, Milch, Gelatine etc. angestellt. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt sofort den gleichen Bacillus wie bei der ersten Probe. Die Kulturen gedeihen üppig, diese zeigen in erster und zweiter Generation stets den gleichen Bacillus, der in den Fäden und falschen Membranen gefunden worden war, nämlich den Bacillus coli in aller Reinheit. Verfasser bedauert, dafs er nicht auch die Flüssigkeit der Vaginalitis bakteriologisch untersucht hat, glaubt aber dennoch, dafs auch sie durch den Bacillus coli verursacht worden war und dafs ebenso die Epididymitis dem gleichen Bacillus mit Sicherheit ihre Entstehung verdankte. Der Gonococcus wurde trotz mehrfacher Untersuchung der Fäden niemals bei diesem Patienten gefunden. Er mag, da zweimal Blennorrhoe vorausging, den Boden für die sekundäre Infektion günstig gemacht haben, aber weiter ist der Gonococcus für diesen Fall wohl nicht anzuschuldigen. Eine wichtige Frage läfst sich aufwerfen: Welches ist die Quelle der Infektion bei einem Manne, der nie instrumentell untersucht wurde und keine Störung in der Blase und

den Nieren zeigt? Muſs man dennoch annehmen, die Bacillen seien durch die gesunde Rektalwand gedrungen oder nicht? *Neuhaus-München.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1897. Heft 1.

Über einen weiteren Fall von sog. primärem idiopathischem Hautsarkom, von CAMPANA. Die Eruption, in Form von unregelmäſsig verheilten, festen, rosaroten bis schwärzlich gelben, zum Teil isolierten, zum Teil gruppierten, bald erhabenen, bald unter dem Hautniveau gelegenen Papeln und Knötchen war über sämtliche vier Extremitäten verbreitet. Einzelne schienen den Nerven entlang angeordnet zu sein, andere saſsen an Stellen, welche besonders Traumen ausgesetzt sind. In der Umgebung dieser Efflorescenzen war die Haut verdünnt, atrophisch. Ebenso bestand eine Atrophie der Haut der ganzen linken Gesichtshälfte, während die Muskulatur unbeteiligt zu sein schien. In einem analogen Falle hatte C. bereits früher histologisch in der Umgebung der peripheren Nervenfasern eine kleinzellige Infiltration konstatiert, welche sich stellenweise zum Bilde eines Rundzellensarkoms steigerte. C. faſst deshalb die atrophischen Komplikationen in diesem Falle als neuritische Erscheinungen auf. Der Patient wurde früher wegen eines isolierten Hautsarkoms operiert; die Metastasen stellten sich dann ein, erfuhren aber eine bedeutende Besserung unter der Anwendung einer Arsenikbehandlung.

Psoriasis, Ekzem, Mykosis fungoides, von P. GALLI. Die ganze Haut der 20jährigen Patientin war mehr oder weniger verändert. Während die Affektion aber am Rücken, an den Schultern, der seitlichen Thoraxgegend, der hinteren Fläche der Beine mehr den Charakter einer desquamativen Dermatitis zeigte, war das Gesicht von einer ekzematösen Eruption befallen. Auf der vorderen Halsfläche, der vorderen und hinteren Bauchregion hatte sich eine Psoriasis lokalisiert. Des weiteren konstatierte G. an anderen Körperstellen Veränderungen, die er als der Mykosis fungoides eigen erkannte und in denen er Gebilde nachwies, die auf hyaline Degeneration der Epithel- und Endothelzellen zurückzuführen waren (RUSSELsche Körperchen).

Klinische und experimentelle Untersuchungen über einige Reizerscheinungen der Haut, von FRECCERO. Verfasser beschreibt zwei typische Fälle von Dermographismus bei Alkoholikern. Die Erscheinung lieſs sich durch die leichtesten mechanischen Reize hervorrufen. F. hat nun versucht an kurarisierten Fröschen das Phänomen zu erklären. Er hat denselben Alkohol und verschiedene Medikamente (Chloral, Chinin etc.) subcutan injiziert, die Wirkung an den Mesenterialgefäſsen untersucht und dabei stets eine spärliche Kontraktur der Arterien konstatiert, während Venen und Kapillaren unverändert blieben. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Zur Ätiologie und Behandlung der Enuresis, von GEORG KÖSTER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 23.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung der Enuresis das SEELIG-MÜLLERsche Verfahren: Einführung der negativen Elektrode 1—1,5 cm tief in die Harnröhre, Anode auf die Symphyse. Die Erfolge sollen gut, das Verfahren ungefährlicher als das durch Dehnung der hinteren Harnröhre sein.

F. Hahn-Bremen.

Ein einfaches Mittel gegen Enuresis, von J. F. Prendergast. (*New York med. Journ.* 11. Juli 1896.) Folgendes Verfahren hat dem Verfasser im Laufe der letzten Wintermonate (November bis April) bei 80 Knaben, welche im Waisenhaus zu Philadelphia an Bettnässen litten, sehr gute Resultate ergeben: Vorm Zubettgehen stellt sich das Kind nackend aufrecht in eine leere Badewanne und erhält eine oder zwei Gießkannen voll kaltes Wasser als Dusche über den Rücken und namentlich die Lendengegend gegossen. Vollständig kuriert wurden 80 bis 90%, und alle zeigten Besserung, oft nach wenigen Tagen, zuweilen erst nach mehreren Monaten der Behandlung. Des Experimentes wegen wurde hierbei jegliche sonstige Behandlung unterlassen. Ähnliche gute Wirkung hat P. auch durch die Applikation eines Eisbeutels auf die Lendengegend bei einer jungen Dame erzielen sehen.

Philippi-Niederim.

Ein durch Massage geheilter Fall von Incontinentia urinae, von S. Bertschinsky. (*Allwöchentl. med. Ztg.* 1896. No. 1.) Ein 10jähriger Knabe, der an Enuresis nocturna litt, wurde durch Massage geheilt. Der in das Rectum eingeführte Finger führte 3—5 „Zitterdrückungen" (Thure-Brandt) aus, der Blasenhals wird 3—5 mal durch zitternde Bewegung erschüttert. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Bei **tuberkulöser Cystitis** wendet d'Haenens mit ausgezeichnetem Erfolge die Guyonschen Sublimatinstallationen an in der Konzentration von 1 : 5000 bis 1 : 3000 je nach der Toleranz des Individuums. Das Quantum der eingeführten Lösung beträgt jeweilen 5—6 ccm. Die Lösung darf keinen Alkohol enthalten, weshalb d'H. dieselben nach der Formel: Sublimat 0,02—0,04, Natr. chlorat. 0,05, Aqua destill. cocta 100 verschreibt. (*La Policlinique.* 1896. No. 21.) *C. Müller-Genf.*

Zwei Fälle von Cystitis mit Befund von Diplobacillus Friedländer, von R. Mont-Saavedro. (*Centralbl. f. Bakt., Parasitenkunde u. Infektionskr.* 1896. No. 4 u. 5.)
1. Ein Patient mit Aorteninsufficienz leidet auch an Cystitis. Der Harn ist stark trübe, mit Flocken untermischt, schwach sauer. Am Ende des Urinierens treten eigentümlich riechende Luftbläschen aus der Blase aus. Im Filtrat geringe Eiweißmenge. Mikroskopisch: Blasenepithelien, Eiterkörperchen, Schleim, kurze, dicke Diplobacillen. Bakteriologisch: Diplobacillus pneumoniae Friedländer.
2. Seit 1888 leidet der Patient an Cystitis, die sich zeitweise auf Salol und Spülungen mit 1%igen Arg. nitr.-Lösungen besserte. 1893 stellen sich Schüttelfröste ein, dazu tritt eine Phlebitis, ausgehend von der linken Wade und sich bis auf die Vena femoralis fortsetzend. Tod unter septischen Erscheinungen. Die Autopsie ergiebt: Carcinom der Prostata, chronische Cystitis etc. Die während des Lebens ausgeführte bakteriologische Untersuchung zeigt: Bacillus Friedländer und Staphylococcus pyogenes. Letzterer ist wohl die Ursache der Pyämie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die elektrische Behandlung der Impotenz, von Julius Althaus. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 36.) Die richtige Anwendung der Elektrizität vermag bei einer Reihe von Formen der Impotenz gute Erfolge zu erzielen, wenn dieselbe abhängig ist von Hemmungen im Gehirn, angebührlicher Erregbarkeit, Parese der Geschlechtszentren in der Lendenanschwellung des Rückenmarkes. Bei der cerebralen Form, bei psychischer Impotenz, bei Frigidät wird durch Aufsetzen der Elektroden am Processus mastoideus das Mittelhirn und der Hinterhauptslappen mit konstantem Strome nach der vom Verfasser angegebenen Methode behandelt. Bei Impotenz nach Kopftraumen wird der Strom vom Hirn zum Lendenmark geleitet. Die spinale Impotenz, oft von Ausschweifungen stammend und von Spermatorrhoe, Prostatorrhoe, Striktur, Blasenaffektionen begleitet, zuweilen auch bei keuschen

Männern, führt gewöhnlich zu einer Überreizung resp. Parese des Ejakulationszentrums mit zu schneller Ejakulation. Später leidet das Erektionszentrum. Der Galvanismus leistet auch gegen die spinale Impotenz viel; der konstante Strom wird auf das Lendenmark appliziert, eventuell mit Einführung der Anode in die Pars prostatica, wodurch nach Verfassers Ansicht auch eine bestehende Blennorrhoe geheilt wird. Die Faradisation hat bei der Impotenz wenig Bedeutung. Verfasser wendet sie nur an bei Atonie nach lange bestehender Blennorrhoe etc. Über den Wert der Franklinisation hat er keine Erfahrungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur operativen Behandlung der Varicocele, von W. Zoege-Manteuffel. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 42.) Da die bisherigen Methoden der Varicocelen-Operation alle sich nicht bewährt und nicht ohne Gefahr sind, hat Verfasser einen neuen Weg eingeschlagen. Er ging aus von der Auffassung, dafs die die Varicocele erzeugende Phlebosklerose (Atrophie der Muskelhaut, Verdickung der Intima) begünstigt ist durch die Höhe der Blutsäule, die auf diesen Venen lastet. Um diese zu verkürzen und den Hauptdruck auf eine intraabdominelle oder extrascrotale Stelle zu legen, versuchte er eine Verlagerung des ganzen Samenstranges nach oben. Die Technik kann hier nicht genau geschildert werden. Das Ergebnis war in zwei Fällen ein günstiges. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Maligner Tumor des Samenstranges, von J. H. Morgan. (*The Brit. med. Journ.* 7. März 1896.) Der einem 39jährigen Manne operierte Tumor war nach der Ansicht des Verfassers ein Carcinom, nach der Ansicht anderer Ärzte, die das Präparat sahen, irgend eine Form von Sarkom. Sarkome des Samenstranges seien, wenn auch nicht sehr häufig im allgemeinen, doch häufiger als Carcinome dieses Körperteiles.
C. Berliner-Aachen.

Zwei Fälle von Testikelsarkom auf traumatischer Basis, von Th. Rovsing. (*Hosp.-Tid.* 1896. No. 29.) Verfasser beschreibt zwei solcher Fälle bei etwa 30jährigen, übrigens gesunden Männern, welche in unmittelbarem Anschlufs an ein traumatisches Hämatom des rechten Testis aufgetreten waren (bei beiden durch Stofs auf die Sattelkante einer Cykle beim Heraufspringen auf dieselbe). Entfernung der Geschwulst (Rundzellensarkom) durch Kastration, in resp. fünf und sechs Monaten nach dem Trauma. Beide Patienten waren noch gesund 1½ Jahre später. Die Bedeutung des Traumas für die Entstehung maligner Neubildungen ist am besten verständlich, wenn diese als Ausschlag einer spezifischen Infektion aufgefafst werden. Mit diesen zwei Fällen sollen jetzt im ganzen zwölf Fälle von Testikelsarkom vorliegen, in unmittelbarem Anschlufs an ein Trauma und bei vorher völlig gesunden Individuen.

Honoré (*Hosp.-Tid.* 1896. No. 38) teilt einen ganz ähnlichen Fall (stark vaskularisiertes Sarkom) bei einem 26jährigen Manne mit, welches auch in unmittelbarem Anschlufs an ein Trauma entstanden war. Kein Recidiv wenigstens ein halbes Jahr nach der Kastration. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Hysterische Epididymitis, von J. Morel. (*Médec. mod.* 1896. No. 21.) Bei einem 35jährigen Patienten ohne jede erbliche Belastung traten im Verlaufe von zwei Jahren eine ganze Reihe von Anfällen sehr schmerzhafter Nebenhodenschwellungen auf, begleitet von erythematösen Ausbrüchen (Knoten und Flecke) an beiden Beinen und hier und da von Fieber. Von einer Affektion des Genitalapparates war absolut nichts eruierbar, dagegen bestanden unzweifelhafte Zeichen von Hysterie. Objektiv liefs sich während der Anfälle mehr oder weniger beträchtliche Schwellung der Nebenhoden und Hoden konstatieren, bei lebhafter Rötung und Spannung der Scrotalhaut. *C Müller-Genf.*

Wechselbeziehungen zwischen Parotitis und Orchitis, von E. Aronson. (*New York. med. Journ.* 23. Mai 1896.) Kurzer Bericht über einen Kranken mit Orchitis aber ohne gleichzeitige Affektion der Parotisdrüsen, bei dessen Geschwistern Verfasser kurz vorher unzweifelhaften Mumps diagnostiziert hatte. Trauma scheint sicher ausgeschlossen zu sein. Beide Hoden geschwollen und schmerzhaft. Temperatur bis zu 40°. *Philippi-Remscheid.*

Kritisch-experimentelle Beiträge zur modernen Behandlung der Prostata-Hypertrophie, von Sackur. (*Therap. Monatsh.* September 1896.) Die experimentelle Prüfung des Verfassers ergab zunächst, dafs die beiderseitige Kastration bei Kaninchen und Hunden eine zweifellose Verkleinerung der Prostata bewirkt. Mikroskopisch findet man eine relative Zunahme der Stützsubstanz und einen Schwund der Drüsen durch Druck und Einengung. In den Drüsenresten findet man wohlerhaltene Epithelien. Das stimmt nicht mit der Angabe von Griffiths, dafs das Drüsenepithel proliferiert, dann fettig degeniert und schwindet und derselbe Vorgang sich in den Bindegewebszellen abspielt. Der Umstand, dafs die Verkleinerung nur durch Schwund der Drüsensubstanz stattfindet, erklärt den verschiedenen Erfolg, da nur die drüsenreiche Prostata sich nach der Kastration nennenswert verkleinern wird. Die einseitige Kastration wirkte bei Hunden überhaupt nicht auf die Gröfse der Prostata, vielleicht weil stets der erhaltene Hoden hypertrophiert.

Nach doppelseitiger Durchtrennung der Samenstränge trat nicht die erwartete Gangrän des Hodens ein, sondern derselbe wurde nur fettig degeneriert gefunden. Die Prostata schrumpft stets danach. Letzteres tritt nicht ein nach einseitiger Durchtrennung der Samenstränge. In gleicher Weise schrumpft die Prostata nach doppelseitiger Durchtrennung der Nervi spermatici. Praktisch hat das wenig Bedeutung, da die Auffindung der Nerven schwierig ist. Es folgt der Durchtrennung derselben auch eine Atrophie der Hoden. Denselben Erfolg hatte die in fast allen Fällen doppelseitige Durchtrennung des Vas deferens, wenn auch die Schrumpfung etwas langsamer eintritt als nach der Kastration. Der Mifserfolg in zwei Fällen erklärt sich durch die Neubildung eines feinen Kanals zwischen den beiden durchschnittenen Enden des Samenstranges; auch die Hodenatrophie war in diesen beiden Fällen ausgeblieben. Eine Wiederherstellung des Kanals hat Isnardi auch beim Menschen nach Durchschneidung des Samenleiters gesehen. Die einseitige Durchtrennung des Vas deferens blieb erfolglos. Der Verfasser kann also die beiderseitige Unterbindung des Samenstranges oder des Vas deferens bei Prostatahypertrophie an Stelle der Kastration empfehlen. Die Potentia coeundi blieb nach dieser Operation jedenfalls eine Zeit lang erhalten; dann verschwindet sie infolge der eintretenden Hodenatrophie. Verfasser erörtert am Schlusse die Ursachen der eintretenden Atrophie der Prostata nach den geschilderten Eingriffen und bespricht die Bedeutung der „inneren Sekretion". Seine weiteren Versuche sollen sich darauf erstrecken zu untersuchen, ob der Ausfall der Hodenfunktion kompensiert werden kann durch geeignete Gewebssafttherapie mit Brown-Séquardscher Flüssigkeit oder Spermin-Poehl. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von P. F. Richter. (*Der ärztl. Prakt.* 1896. No. 23.) Die Folgezustände der Prostatahypertrophie teilt man in zwei Stadien, das der Reizung und das der Lähmung. Im ersten kann der Arzt viel erreichen, wenn er der Kongestion der Beckenorgane entgegenwirkt. Regelung der Diät, Vermeidung reizender Stoffe, des Alkohols, jeder Excesse — auch in Venere —, Sorge für regelmäfsige Darmentleerung, Bekämpfung des Harndranges durch Morphium und Belladonna sind am Platze. Die Flüssigkeitszufuhr ist zu beschränken. Jede Einführung von Instrumenten ist verpönt. Diese wird nötig im Stadium der Läh-

mung; dabei sind die bekannten Vorsichtsmafsregeln zu beachten. Zur Sterilisierung der Instrumente empfehlen sich besonders die Formaldehyddämpfe. Die Punktion der Blase ist forcierten Katheterisierungsversuchen vorzuziehen. Der Zustand von Blase und Nieren ist sorgsam zu beachten. Die Radikalbehandlung mittelst Kastration hat sichere Erfolge, vorzuziehen ist aber die Resektion der Vasa deferentia, da dieselbe einfach auszuführen ist und keine Narkose erfordert. Die Organotherapie ist auch bei der Prostatahypertrophie versucht, ist aber wohl nur als Suggestivum von Wert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Radikalkur der Ischurie infolge von Prostatahypertrophie durch Kauterisation der Prostata vom Rectum aus, von Negretto. (*Rif. med.* 1896. No. 294 u. 295.) Die Methode besteht darin, dafs mittelst eines eigens konstruierten hakenförmigen Instrumentes in der Chloroformnarkose und nach vorangegangener Entleerung des Darmes mittelst Abführmitteln und Clysmen die Prostata per rectum gefafst und nach unten gezogen wird. Hierauf wird mit Hülfe des Speculums die Drüse rings um den Haken mit dem Paquelin oder dem Galvanokauter in mehr oder weniger grofsem Umfange kauterisiert. Verfasser behauptet, mit seiner Methode eklatante Erfolge erzielt zu haben. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von doppelseitiger Kastration wegen prostatischer Urinretention, von Southam. (*The Brit. med. Journ.* 22. Febr. 1896.) Der Patient war 66 Jahre alt und litt an hochgradigen, das Leben bedrohenden Urinbeschwerden. Seit zwei Jahren konnte der Urin nur durch einen elastischen Katheter gelassen werden. Die doppelseitige Kastration wurde vorgenommen und am fünften Tage nach der Operation konnte der Patient zum ersten Male eine kleine Quantität Urin ohne Hülfe des Katheters lassen. Die Besserung schritt stetig vorwärts. Etwa vier Monate nach der Operation stellte sich der Patient wieder vor. Die Rectaluntersuchung ergab eine Verkleinerung der Prostata. Ein Katheter passierte mit Leichtigkeit die Harnröhre. Der Patient vermag freiwillig Urin, wenn auch in schwachem Strahle zu lassen. Der Urin reagiert sauer, ist klar und frei von Eiter und Blut. *C. Berliner Aachen.*

Ein Fall von Prostatahypertrophie behandelt mit doppelseitiger Kastration, von W. H. Maidlow. (*The Brit. med. Journ.* 16. Mai 1896.) Der Fall betraf einen 67jährigen Mann mit allen krankhaften Begleiterscheinungen der Prostatahypertrophie. Die von Dr. Farrant vorgenommene Orchidektomie (beiderseitige Entfernung der Testikel) hatte einen vollkommenen Erfolg. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie, von F. Charlton. (*The Brit. med. Journ.* 25. April 1896.) Der 77jährige Patient litt seit Jahren an den Folgeerscheinungen der Prostatahypertrophie. In der letzten Zeit hatten die Beschwerden einen lebensgefährlichen Charakter angenommen, so dafs Verfasser sich entschlofs, die Kastration vorzunehmen. Am 15. Juli 1895 wurde dieselbe ausgeführt. Am 22. Juli waren die Wunden per primam abgeheilt. Vom 25. Juli ab wurde kein Katheter mehr eingeführt, da der Patient spontan Urin lassen konnte. Das Befinden desselben ist jetzt vorzüglich. Er kann jetzt mehrere Stunden gehen, ohne urinieren zu müssen. Der Urin ist völlig klar. *C. Berliner-Aachen.*

Kastration wegen Prostatahypertrophie, von Brownfield. (*The Brit. med. Journ.* 14. März 1896.) Der 69jährige Patient hatte in den letzten 3—4 Jahren an Prostatahypertrophie und häufigem Urinlassen gelitten. Die Einführung eines Katheters in die Blase verweigerte er hartnäckig. Eines Tages konnte er plötzlich trotz heftiger Anstrengung keinen Urin lassen. Mit Mühe gelang es, einen Katheter in die

Blase einzuführen und durch denselben den Harn zu entleeren. Seit der Zeit konnte der Patient freiwillig nicht mehr urinieren, sondern mufste sich stets eines Katheters bedienen. Es wurde die doppelseitige Kastration ausgeführt, die einen ausgezeichneten Erfolg hatte. Ein Katheter passierte in der Folgezeit leicht die Urethra und der Patient lernte schliefslich wieder ohne Katheter urinieren. Der Harndrang hat vollständig nachgelassen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Bedeutung der Kastration für die Behandlung der Prostatahypertrophie, von Prof. Socin-Basel. (*Corresp. f. schw. Ärzte.* 1896. No. 17.) S. hat bei acht Patienten die Kastration, bei einem die Resektion der Vasa deferentia gemacht. Nur bei einem Patienten der ersten Kategorie hat er eine leichte, sehr bescheidene Besserung konstatiert. Diese seine Erfahrungen stellt er den entgegengesetzten anderer Autoren gegenüber und schliefst seine Abhandlung mit folgenden Worten: „Bei der mafslosen Anpreisung, welche die Kastration und ihre Surrogate in der Tageslitteratur erfährt, liegt die Gefahr nahe, dafs auch der in diesen Dingen weniger Erfahrene sich verleiten lasse, zu einem Mittel zu greifen, welches seinen Kranken nur eine nutzlose, nicht gleichgültige Verstümmelung, ihm selbst aber das unangenehme Gefühl tiefer Beschämung bringen dürfte." *C. Müller-Genf.*

Über die Resektion der Vasa deferentia bei der Behandlung der Prostatahypertrophie, von Nové-Josserand. (*Lyon médical.* 1896. No. 40.) Verfasser hat diese Operation in drei Fällen ausgeführt und zwar bei zwei derselben mit bleibendem, beim dritten, mit Blasenstein komplizierten Falle, mit nur vorübergehend günstigem Resultate. Die Vorteile der Operation geben sich kund in der Erleichterung des Urinierens, in der Abnahme der Schmerzen und des Tenesmus. Die Prostata nimmt hier und da an Volumen ab, behält aber in den meisten Fällen ihre ursprünglichen Dimensionen bei. Nach der Operation sind die Patienten natürlich unwiderruflich steril, behalten aber in einzelnen Fällen die Facultas erectionis et coeundi bei (Helferich). Als unangenehme Komplikation der Resektion ist eine rasch vorübergehende oder auch länger andauernde Behinderung der Urinentleerung beobachtet worden. Gänzliche Mifserfolge sind nach den vorliegenden Statistiken nur 10% verzeichnet. Der günstige Erfolg der Resektion der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie ist, nach Guyon, wahrscheinlich auf die Verminderung der Kongestion in Prostata und Vesiculae seminales zurückzuführen. Die Operation ist demnach auch nur in der mittleren, kongestiven Periode der Prostatahypertrophie indiziert, welche mit Cystitis, Hämaturie, Urinretention einhergeht. *C. Müller-Genf.*

Resektion des Vas deferens bei Prostatahypertrophie, von Köhl-Chur. (*Corresp. f. schw. Ärzte.* 1896. No. 19.) Die Operation hatte bei dem 74jährigen Patienten den besten Erfolg. Vor derselben konnte Patient seinen Urin nur mit der gröfsten Mühe und unter den heftigsten Schmerzen tropfenweise entleeren; nach der Operation urinierte er in vollem Strahle viel seltener, aber dafür bedeutend ausgiebiger, so dafs bei jeder Miktion die Blase vollständig evacuiert werden konnte. *C. Müller-Genf.*

J. B. Moeschel giebt (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 14.) eine dankenswerte Zusammenstellung derjenigen **Arzneistoffe, welche** in irgend einer Form **im Urin ausgeschieden werden,** mit genauen, übersichtlichen Angaben über die Auffindung derselben im Urin und ihren chemischen Nachweis. *H. Einhorn-München.*

Über alimentäre Albumosurie, ein Beitrag zur Diagnostik ulcerativer Darmprozesse, von F. Chvostek und Emil Stromayer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 47.) Ernährung von Patienten mit Albumosen in verschiedener Form führte zu

folgenden Schlüssen: Bei normalen Individuen oder Individuen, deren Schleimhaut des Darmes keine schwereren Läsionen, wie Ulcerationen etc. aufweist, gelingt es nicht, auf Zufuhr grofser Mengen von Albumose in der Nahrung Albumose im Harne nachzuweisen. — Sind ulcerative Prozesse des Darmes vorhanden, so kann es zur Ausscheidung von Albumose kommen. — Nur das Vorhandensein von alimentärer Albumosurie wäre als beweisend anzusehen. — Ein negativer Befund kann nicht gegen das Vorhandensein von ulcerativen Prozessen verwendet werden. Es giebt also eine enterogene Albumosurie (Peptonurie), wie Maixner gezeigt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Untersuchungen über die Albuminoide des eiterigen Harnes, von Leidié. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 46.) Als Stoffe, welche aus purulentem Harne isoliert werden, führt Verfasser an das Pyin, ein von Güterbock beschriebenes Alkalialbumin, und das Mucin, ein Nucleoalbumin (Riessner). Beide kommen im Serum oder in den Blutkörperchen nicht präformiert vor, sondern entstehen erst unter der Wirkung der Alkalien auf die Eiterelemente. Wird das Filtrat von eiterigem Harne mit einem Überschufs von Essigsäure versetzt, so schlagen sich die beiden Substanzen nieder. Das Präcipitat wird mit Wasser behandelt, in welchem sich das Pyin löst, während das Mucin ungelöst bleibt. *C. Müller-Genf.*

Über den Wert der Harncylinder in Bezug auf die Prognose der Albuminurie, von Bard. (*Lyon. méd.* 1896. No. 41.) Entgegen der in neuerer Zeit öfters geäufserten Ansicht, dafs den Harncylindern kein diagnostischer oder prognostischer Wert zuzuschreiben sei, erkennt ihnen Verfasser eine nicht unwesentliche Bedeutung zu, sofern es sich um granulierte Cylinder bei epithelialer (parenchymatöser) Nephritis handelt. Das Vorkommen zahlreicher, undurchscheinender, dichter und dicker granulierter Cylinder spricht dafür, dafs sich der entzündliche Prozefs in vollem Gange befindet; sind dagegen die Cylinder hell, durchsichtig, schmal, so liegt ein torpider entzündlicher Prozefs vor. Fehlen granulierte oder kolloide (Amyloid)-Cylinder bei bestehender Albuminurie nach mehrmaliger Untersuchung vollständig, so kann jede epitheliale Entzündung ausgeschlossen werden. *C. Müller-Genf.*

Zur vergleichenden Schätzung der verschiedenen Methoden für die quantitative Eiweifsbestimmung im Harne, von Wassiliew. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 37.) Verfasser ging bei seinen Bestimmungen aus von der Feststellung des Eiweifsgehaltes durch die Wage. Er gofs auf den Harn die vierfache Menge 95%igen Alkohols, stellte das Glas für 3—5 Minuten in heifses Wasser, filtrierte durch ein gewogenes Filter, trocknete dieses und wog es wieder. Das Filtrat enthielt nie Eiweifs. Die Menge der Asche überstieg nie 1%. Diese Resultate verglich der Verfasser mit den Ergebnissen der handlichen klinischen Bestimmungsmethoden. In diesem Aufsatze bespricht Verfasser nur eine Probe mit Salicylsulfonsäure, welche jede Spur Eiweifs niederschlägt. Für dieselbe dient als farbiger Indikator das Echtgelb, welches bei Berührung mit freier Salicylsulfonsäure ziegelrot wird. Die Bestimmung wird folgendermafsen ausgeführt: 10—20 ccm Harn, am besten mit Wasser verdünnt, werden mit 2 Tropfen einer 1%igen wässerigen Lösung von Echtgelb versetzt und mit einer 25%igen Lösung von Salicylsulfonsäure titriert, bis eine rote Färbung eintritt. Da 1 ccm der 25%igen Lösung von Salicylsulfonsäure 0,01006 g Eiweifs entspricht, mufs man die erhaltene Tropfenzahl der Titrierflüssigkeit mit dieser Zahl multiplizieren; man erhält dann die Eiweifsmenge in 10 oder 20 ccm Harn.

Ein Vergleich der nach dieser und der Wägemethode erhaltenen Zahlen ergiebt, dafs die Differenz im Durchschnitt 0,007% beträgt, also im Bereiche chemischer Fehler liegt. — Zur Titrierung versetzt man alkalischen Harn mit Essigsäure, da dieselbe dann besser gelingt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Acetonurie, von F. Hirschfeld. (*Centralbl. f. innere Med.* 1896. No. 24.) Bisher betrachtete man die Steigerung der Acetonbildung im Körper als Folge eines vermehrten Eiweifszerfalles. Hirschfeld fafst dieselbe als „eine mit dem Kohlehydratstoffwechsel in engstem Zusammenhang stehende Erscheinung" auf. Beweise hierfür sind: Bei Gesunden findet sich, sobald nur Eiweifs und Fett genossen wird, vermehrter Acetongehalt im Harn, der aber schwindet, wenn Kohlehydrate der Kost zugesetzt werden. Es genügt dazu eine ganz geringe Menge Kohlehydrate, die den Eiweifsumsatz nur wenig beeinflufst. Darreichung von Fett vermag den Acetongehalt nicht zu vermindern. Für die Abhängigkeit vom Kohlehydratstoffwechsel spricht ferner die Acetonurie beim Diabetes. In den leichten Fällen, wo noch der gröfste Teil der Kohlehydrate zersetzt wird, findet sich kein Aceton; dasselbe erscheint erst in den schweren Fällen, wenn Kohlehydrate nicht mehr verbrannt, sondern sämtlich als Zucker ausgeschieden werden. Hohe Acetonurie giebt üble Prognose, ist meist Vorläufer des Coma diabeticum. *L. Hammerschlag-Essen.*

Bakteriurie, von H. Goldenberg. (*Med. Record.* 15. August 1896.) Die Bakteriurie im eigentlichen Sinne ist charakterisiert durch Bakterien im frisch gelassenen Urin. Letzterer ist wolkig, opalescent und hat einen eigentümlichen, unangenehmen Geruch. Die Reaktion des Urins ist sauer oder neutral; wenn sie alkalisch ist, so sind andere Ursachen daran schuld. Die Trübung des Urins verschwindet nicht beim Kochen, noch bei Zusatz von Mineralsäure. Der Urin wird nicht klar durch Filtrieren, wohl aber, wenn man ihn mit Magnesia usta durchschüttelt. Wird er jetzt gut filtriert, so tritt keine Trübung beim Kochen noch bei Zusatz von Säure ein, vorausgesetzt, dafs keine Komplikationen seitens der Blase oder der Niere vorliegen. Behufs mikroskopischer Untersuchung setzt man einen Tropfen Anilinviolett zu einem Tropfen Urin auf dem Objektträger, erwärmt diesen ein wenig, läfst ihn dann abkühlen und beobachtet das Präparat mit Ölimmersion. Man sieht dann eine grofse Menge von Mikroorganismen von verschiedener Gestalt und Gröfse, so das gewöhnliche Bacterium termo, die Bakterien der Intestinalfermentation, Kokken und Bacillen. Das Bacterium coli commune scheint die häufigste Ursache der Krankheit zu sein. Subjektive Symptome fehlen für gewöhnlich. Das einzige Zeichen der Krankheit, welches die Patienten aufmerksam macht, ist manchmal der eigentümliche Geruch des Urins.

Die Bakterien gelangen entweder durch Infektion oder durch Autoinfektion in den Urin. Man findet sie bei Malariakranken, bei Ärzten, die an Leichen arbeiten. Die Infektion findet hier durch die Respirationsorgane statt. Häufiger sind die Fälle, bei welchen die Bakterien in die Blase durch die Urethra bei Einführen unreiner Instrumente gelangen. Autoinfektion findet von den Eingeweiden aus statt, entweder direkt oder indirekt durch Absorption. Direkt geschieht die Autoinfektion, wenn Prostataabscesse ins Rectum und in die Urethra, oder ins Rectum allein durchbrechen. Für den Eintritt der Intestinalbakterien in die Blase giebt es noch einen anderen Weg, nämlich durch die Lymphstränge.

Die Behandlung hat zunächst auf die Beseitigung der Ursachen der Bakteriurie hinzuarbeiten. Daneben sind Irrigationen der Blase und der ganzen Harnröhre mit Höllensteinlösung (1 : 2000 oder 1 : 1000) sehr wirksam. Von inneren Mitteln empfiehlt Vortragender Salol oder Oleum gaultheriae. Rechtzeitige Entleerung der Blase eventuell mittelst Katheters sind angebracht, wo eine erweiterte Blase besteht, oder wo die Kontraktilität dieses Organs herabgesetzt ist. *C. Berliner-Aachen.*

Hämoglobinurie bei Malaria, von Kenneth Stewart. (*The Brit. med. Journ.* 11. April 1896.) Patrick Manson hatte in seinen Vorlesungen über die perniciösen Varietäten des Malariafiebers bemerkt, dafs die Malaria-Hämoglobinurie in den eng-

lischen Kolonien des malaiischen Archipels nicht vorkomme. Verfasser meint nun, dafs dies mit Bezug auf Borneo eine irrige Ansicht sei, da er Gelegenheit gehabt habe, wenn auch nicht oft, so doch typische Fälle von Malaria-Hämoglobinurie zu beobachten. Einen derselben beschreibt der Verfasser ausführlich.

C. Berliner-Aachen.

Hämoglobinurie bei Malaria, von J. H. Potter. (*The Brit. med. Journ.* 7. März 1896.) Man unterscheidet nach P. Manson eine benigne und eine perniciöse Form der Malaria. Als gefährliche Begleiterscheinung ist die Hämoglobinurie anzusehen. Verfasser hat selbst bei seinem Aufenthalte in Hongkong mehrere Monate an Malaria gelitten. Dr. Manson habe ihm geraten, gekochte Citronen zu essen, was er befolgt habe. Schon am zweiten Tage nach Beginn dieser Behandlung sei das Fieber verschwunden und für volle 6 Monate nicht wiedergekehrt. Als Verfasser dann nach Bombay übersiedelte, hatte er von wiederholten Fieberanfällen zu leiden, die von Hämoglobinurie begleitet waren, nachdem er Indien verlassen hatte und sich in der Südsee befand. Nach Mansons Ansicht ist es nicht derselbe Parasit, welcher die benigne Form der Malaria und das Hämoglobinuriefieber hervorruft.

C. Berliner-Aachen.

Harnsäure und Gicht, von Georg Rosenfeld. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 66.) Die Gicht und die Uratdiathese verlangen zum Teil verschiedene Mafsnahmen. Die gichtischen Ablagerungen, Biurate, sind leichter zu lösen; Lysidin, Piperacin, Alkalien genügen. Die Lösung der Harnsäure im Harn ist schwerer; Harnstoff, kohlensaurer Kalk, Urotropin sind am Platze. Die Hauptsache ist aber, eine Verminderung der Harnsäureproduktion zu erzielen, was nur die Diät vermag. Zweifellos vermehrt Fleischzufuhr die Harnsäure in erheblichem Mafse, ebenso Alkohol, während Milchgenufs sie vermindert. Von den Eiweifsstoffen sind die nucleinreichen schädlicher, d. h. Fleisch schädlicher als Pepton, Kasein, Aleunorat. Das Verhalten der Aloxurkörper geht nicht mit demjenigen der Harnsäure immer parallel; hier wie auch bei der Harnsäureproduktion spielen individuelle Verschiedenheiten eine grofse Rolle Aus dieser Beobachtung folgt für die Diät: dieselbe mufs eine vorwiegend vegetarische sein; Milch und Eier sind erlaubt, ebenso Pepton, Natrium-Casein, Aleunorat. Alkohol ist schädlich; Kohlenhydrate und Fette sind in mäfsiger Menge zu gestatten. Die vegetarische Diät wirkt ähnlich wie die künstliche Zufuhr von kohlensaurem Kalk nach Noorden, indem weniger Monophosphate gebildet werden, welche die Harnsäurelösung erschweren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige Wirkungen der Diät auf die Harnsäure-Ausscheidung, von A. Haig. (*The Brit. med. Journ.* 3. Oktober 1896.) Auf Grund seiner Untersuchungen hält Verfasser sich für berechtigt, den Schlufs zu ziehen, dafs es möglich sei, durch gänzliches Vermeiden aller animalischen Speisen, welche Xanthinmischungen oder Harnsäure enthalten, so auch des Thees, des Kaffees und Kakaos, deren Alkaloide ähnliche Xanthinmischungen sind, den Eintritt der Harnsäure in den Körper sehr wesentlich zu beschränken. und wenn die Harnsäureanhäufungen eliminiert sind, die Ausscheidung der Harnsäure im Urin stets unter dem Verhältnis von 1 : 30 zu halten. Ist dies erreicht, was allerdings erst nach monatelanger Kur einzutreten pflegt, so werden alle von einem Übermafs von Harnsäure im Blute herrührenden Krankheiten verschwinden.

C. Berliner-Aachen.

Oxalurie, von J. A. Ouchterlony-Louisville. (*Amer. pract. and news.* 1896. No. 7.) Verfasser verfügt über 293 Fälle eigener Beobachtung; zur Diagnose genügt nach ihm die Gegenwart einer beträchtlichen Menge von Krystallen des oxalsauren Kalkes im

Urin neben den charakteristischen klinischen Symptomen, im Gegensatz zu Pfeiffer, der den quantitativen Nachweis verlangt, dafs die Oxalsäuremenge im Urin wirklich über die Norm (d. h. über 0,02, Fürbringer) erhöht ist. Ätiologisch kommen in Betracht: unzweckmäfsige Ernährung, Überfütterung, sitzende Lebensweise, Verdauungsstörungen, Schwächezustände nach Krankheiten und gemütliche Depression. Das mittlere Lebensalter ist besonders ergriffen, die schwereren Fälle kommen zweifellos bei Männern zur Beobachtung.

Die Symptome der Erkrankung sind die von den Autoren gewöhnlich angegebenen. Bei der Schilderung der Therapie lehnt sich O. sehr eng an die Ausführungen E. Pfeiffers (Pentzoldt-Stintzing) an; stellenweise kann man von einer wörtlichen Übertragung sprechen; die dort erwähnten diätetischen und medikamentösen Vorschriften werden wiedergegeben. Aufserdem wird ganz speziell die Verordnung von Mineralsäuren empfohlen. Bei geeigneter Diät verschwindet die Oxalsäure in 4—8 Wochen aus dem Urin; jedoch giebt es auch sehr hartnäckige Fälle, besonders wird die Prognose getrübt durch Komplikation mit renalen Konkretionen und Blasensteinen. *H. Einhorn-München.*

Über den Wert der Bestimmung des organischen Phosphors im normalen und pathologischen Urin, von Ceconi. (*Il Morgagni.* 1896. No. 11.) Die Untersuchungen des Verfassers in dieser Frage haben ergeben, dafs die Menge des organischen Phosphors im Harn, im Gegensatze zu den Befunden des neutralen Schwefels und der Erdphosphate, weder für die Diagnose und Prognose der Krankheiten, noch überhaupt für die Pathologie des Stoffwechsels irgend welche Anhaltspunkte zu geben vermag. *C. Müller-Genf.*

Kolischer demonstriert in der „Gesellschaft der Ärzte" in Wien am 12. Dezember 1896 einen **Ureterenkatheter** und befürwortet dessen Anwendung, die bisher in Wien nicht Eingang gefunden, zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. In letzterer Hinsicht gelingt es, einen Stein in das Nierenbecken zurückzuschieben und denselben oder einen Schleimpfropf in die Blase zu leiten. Fälle von Casper, Hochenegg und K. selbst werden aufgeführt. *Dreyer-Köln.*

Kongenitale Striktur des Ureters, von N. Pitt. (*The Brit. med. Journ.* 25. Jan. 1896.) P. demonstriert eine Niere mit einer Striktur nahe dem oberen Ende des Ureters. Da eine andere Ursache für diese Abnormität nicht ersichtlich ist, so vermutet Verfasser, dafs sie kongenital sei. Einige ähnliche Fälle habe er bei Kindern gesehen. — Dr. Rolleston hat in mehreren Fällen von Hydronephrosis ohne besondere Ursache einen Knoten im Ureter beobachtet. — Dr. Herringham hält es für möglich, dafs gewisse Strikturen des Ureters blennorrhoischen Ursprunges sind durch Fortschreiten des Prozesses von der Blase nach aufwärts. *C. Berliner-Aachen.*

Der Katheterismus der Ureteren beim Weibe, von Gustav Kolischer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 49.) An der Schautaschen Klinik wird zum Katheterismus der Ureteren ein Instrument gebraucht nach Brenner-Nitze, hergestellt von Leiter. Das Instrument hat vor dem Nitzeschen und Caspersschen viele Vorteile, die Verfasser näher beleuchtet. Verfasser schildert genau die Technik der Einführung und die Schwierigkeiten, den Ureter zu finden. Wo die Schleimhaut sehr verändert, entzündlich, ödematös ist, hilft die Spannung derselben mittelst des in die Vagina eingeführten Fingers oft sehr. Bei sehr erschlaffter Scheide ist die Tamponade derselben von Nutzen. Um die Ejakulation des Harns aus den Ureteren und die dadurch erzeugten Wirbel lebhaft zu machen, ist es nützlich, vorher die Patientinnen viel Wasser oder Thee trinken zu lassen. Zur Feststellung der Durchgängigkeit des Ureters

sind solide Sonden den Kathetern vorzuziehen. Man kann auch in beide Ureteren Katheter gleichzeitig einlegen, indem man das Cystoskop nach Einlegen des ersten Katheters entfernt und gleich wieder einführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur permanenten Katheterisation der Ureteren nach der Epicystotomie hat D. Dasaro-Cao einen besonderen Apparat konstruieren lassen, welcher den direkten Abfluſs des Urins aus den Nieren resp. den Ureteren aus der Urethra mit Umgehung der Blase ermöglicht. Der Apparat besteht aus einem Mittelstück aus Gummi, aus einem metallenen geraden Ansatz für die Urethra und aus 3 Gummikathetern, von denen 2 für die Ureteren und einer, mehrfach durchlöchert, für die Blase bestimmt ist. (*Policlinico.* 1896. No. 11.) *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Prolaps der weiblichen Urethralschleimhaut, von N. Kushew. (*Wratsch.* 1896. No. 34.) Patientin 12 Jahre alt. Der Prolaps ist plötzlich entstanden, war ziemlich groſs und bot alle charakteristischen Symptome dar. Durch Pinselung mit Tanninglycerin gelang es, den Prolaps allmählich zum Schwinden zu bringen.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über die Verletzungen der Vagina sub coitu, von Michnow. (*Wratsch.* 1896. No. 24 u. 25.) Im letzten Decennium sind schon mehrere solcher Fälle von verschiedenen Autoren mitgeteilt worden. In den beiden von M. beobachteten Fällen handelte es sich um Rupturen des Scheidengewölbes bei erwachsenen Frauenzimmern, die sub coitu entstanden sind. Schon das Aussehen dieser Rupturen sprach dafür, daſs sie infolge einer zu starken Dehnung der Scheide durch einen stumpfen Körper entstanden sind, es waren nämlich 3—5 cm lange, ziemlich oberflächliche Riſswunden, wobei an den äuſseren Geschlechtsteilen auch die geringsten Spuren einer stattgehabten Verletzung fehlten. Unter den prädisponierenden Ursachen kommen für die Entstehung von Rupturen sub coitu folgende in Betracht:

1. Gröſsendifferenz der Geschlechtsteile beim Manne und Weibe.
2. Falsche Richtung der vom männlichen Gliede sub coitu angewandten Kraft.
3. Mangelhafte Stärke der Vaginalwände und pathologische Zustände, welche die Dehnbarkeit derselben verhindern.
4. Starke geschlechtliche Erregung und stürmischer Coitus.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Ulcus serpiginosum vulvae, von Barbour. (*The Brit. med. Journ.* 22. Febr. 1896.) Eine 60jährige Patientin steht seit 12 Jahren in Beobachtung. Die Vulvoanal-Region war ganz bedeckt mit hochroten Granulationen, die vor 12 Jahren als Lupus erklärt worden sind. Die von Norman Walker ausgeführte mikroskopische Untersuchung zeigte jedoch, daſs es sich weder um Lupus noch um Syphilis, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach um die von Unna mit Ulcus serpiginosum vulvae bezeichnete seltene Ulcerationsform handelte. Mikroskopisch wurden auch Mikroorganismen nachgewiesen, die Unna als die Ursache der Affektion angesehen hat.

C. Berliner-Aachen.

Elephantiasis vulvae, von F. W. Kidd. (*The Brit. med. Journ.* 22. Febr. 1896.) Die 33jährige Patientin giebt an, vor 18 Jahren gefallen zu sein. Von ihrem Unfalle, glaube sie, rühre ihr Leiden her. Dasselbe besteht in einem mächtigen Tumor, der alle Gewebe des rechten Labium ergriffen hat und etwa bis zur Mitte des Oberschenkels herabhängt. Anfangs hat sich das Gewächs nur langsam vergröſsert. In den letzten 18 Monaten jedoch ist es rapide gewachsen. Es bereitet ihr sonst keine Beschwerden. Die Menstruation und Harnentleerung sind normal. Syphilis hat die Patientin nicht durchgemacht. Der Tumor wurde exstirpiert. Sein Gewicht betrug 5½ Pfund. *C. Berliner-Aachen.*

Über den diagnostischen Wert der mikroskopischen Untersuchung der weiblichen Genitalsekrete, von Alfred Lanz. (*Allg. med. Centralzeitg.* 1896. No. 68.) Schon Ricord fiel es auf, dafs bei Konfrontation blennorrhoisch infizierter Männer mit den betreffenden Weibern bei diesen der Befund oft ein negativer war. Die Erklärung hierfür gaben erst die Neisserschen Beobachtungen, welche zeigten, dafs das Mikroskop oft bei den unscheinbarsten Verunreinigungen Gonokokken ergiebt. Dieses ist von vielen Seiten bestätigt und damit die Notwendigkeit der mikroskopischen Untersuchung erwiesen. Verfasser hat 200 Prostituierte in dieser Richtung untersucht: Er fand bei 133 Fällen von Urethritis 42 mal (= 31,5 %) Gonokokken, bei 183 Cervixkatarrhen 38 mal (= 20,7 %), bei 49 Eiterungen aus den Bartholinischen Drüsen 19 mal (= 38,7 %). Bei 15 Fällen beiderseitiger Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen fand er 10 mal Gonokokken; bei 54 Fällen mit ausschliefslichem Cervixkatarrh 10 mal.

Auch diese Untersuchungen bestätigen den Kontrast zwischen dem makroskopischen und mikroskopischen Befunde und illustrieren die Notwendigkeit wiederholter mikroskopischer Untersuchungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Riesenpapillom nicht blennorrhoischer Ursache, von S. Rónai. (Budapester Spitalsärzteverein vom 15. April 1896.) Ein 19jähriges Mädchen übte den Coitus vor zwei Jahren zum ersten Male aus, seit dieser Zeit angeblich nur zweimal. Seit 1½ Jahren bemerkt selbe in der linken Schenkelbeuge Geschwülstchen. Aus Schamgefühl suchte Patientin keine ärztliche Hülfe auf und seit dieser Zeit vermehrten und vergröfserten sich die Papillome. Fluor albus war nie vorhanden. Die Untersuchung der Patientin ergiebt, dafs das Hymen beinahe virginal ist, die Scheide sehr enge. Aus der Harnröhre kann kein Sekret exprimiert werden, blofs mit dem kleinen Volkmannschen Löffel kann etwas grauweifsliches Sekret herausbefördert werden. Aus dem Cervikalkanal hängt etwas schleimiges Sekret heraus. Der Introitus, das vordere Drittel der Vagina, die Urethralmündung und deren Umgebung, die Innenseite der Nymphen sind dicht mit hirsekorn- bis linsengrofsen Papillömchen besät. Die grofsen Schamlippen bilden je ein faustgrofses Konglomerat einer Blumenkohl ähnlichen Geschwulst, welche ein stinkendes Sekret secerniert. Aufserdem befinden sich noch in den Schenkelbeugen und auf der Innenseite der Oberschenkel bis nufsgrofse Papillomherde.

Das Sekret der Urethra und des Cervikalkanals wurde öfter auf Gonokokken untersucht, deren Nachweis aber nicht erbracht werden konnte; dasselbe bestand zumeist aus Schleim und Epithelien. Früher herrschte die Annahme, dafs die Papillome im Bereiche des Genitale blofs durch Blennorrhoe verursacht werden, welche Annahme noch heute von vielen Frauenärzten verfochten wird. Die Papillome werden eben auch bei Virgines und auch auf dem Genitale solcher Männer beobachtet, die nie an Blennorrhoe litten. Von der früheren Annahme besteht blofs die Thatsache, dafs die Entwickelung der Papillome zumeist in Gefolgschaft von Blennorrhoe beobachtet wird. In anderen Fällen werden solche durch chemische und thermische Reize hervorgerufen und zwar nur auf einem für dieselben prädisponierten Boden.

A. Aschner-Budapest.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Reaktion des blennorrhoischen Eiters und der Urethralschleimhaut und über die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des Gonococcus, von Colombini. (*Giorn. intern. d. scienze med.* 1896.) Gestützt auf die

Thatsache, dafs das blennorrhoische Sekret und die Schleimhaut, in der der spezifische Pils sich entwickelt und vermehrt, alkalisch reagiert, haben verschiedene Autoren durch eine chemische Modifikation des Substrates (Urin, Harnröhre) die Lebensfähigkeit des Gonococcus zu beeinträchtigen gesucht. Diesem Vorhaben widerspricht aber die andere Thatsache, dafs der Gonococcus auch vorzüglich in saurem Medium zu vegetieren vermag. Es ist also völlig aussichtslos, durch eine künstliche Veränderung des Nährsubstrates des Pilzes diesen letzteren bekämpfen zu wollen.

C. Müller-Genf.

Die forensische Bedeutung des Gonokokkennachweises wird von A. Ravogli (*Cincinnati Lancet-Clinic.* 10. Okt. 1896) ohne wesentlich neue Gesichtspunkte besprochen. Die mikroskopische Untersuchung des Sekrets ist in jedem zur Behandlung gelangenden Falle vorzunehmen und ist von ganz besonderem Werte in den Fällen von seröser oder mucopurulenter Absonderung der Schleimhäute bei dem Fehlen der Gonokokken. Die Prostituierten mit Ausflufs ohne Gonokokken erhalten auf der Abteilung R.s adstringierende Vaginaldouchen und werden erst entlassen, wenn in dem daraufhin auftretenden Sekret keine Gonokokken gefunden werden.

In der Diskussion über den Vortrag (Sitzung vom 21. September 1896) bemerkt Shields, dafs es kaum eine Prostituierte giebt, bei welcher Gonokokken nicht gefunden werden, wenn nicht zur Zeit der Untersuchung, so doch sicher einen Monat später. Die Gonokokken können temporär aus dem Sekret verschwinden. Dieses Verhalten führt A. H. Freiberg darauf zurück, dafs die Gonokokken bei fortschreitender Erkrankung von den superficiellen Epithellagen der Schleimhaut in die Schleimfollikel und in das Stratum submucosum vordringen. In diesen Fällen kann das Sekret gonokokkenfrei sein, oder dieselben liegen nicht innerhalb der Zellen. Nach Excessen in baccho und venere treten die Kokken dann meist, wenn auch in spärlicher Anzahl, wieder auf. Entscheidend für die Existenz der Blennorrhoe sind die Untersuchungen der Sekrete nach vorheriger Injektion von 3—5%igen Argentumlösungen.

Twitchell hält die Gonokokken für ubiquitäre Organismen, die man überall und zu allen Zeiten finden könne; bei Kindern, besonders bei Mädchen, bei Anämie, Chlorose. Die in diesen Fällen gefundenen Diplokokken haben nichts mit denjenigen, welche man bei der Blennorrhoe Erwachsener findet, gemein. Wenn der Gonococcus beim Weibe eiterige Prozesse, wie Pelvioperitonitis, Pyosalpingitiden verursacht, warum bedingt er dann beim Manne keine suppurative Epididymitis?

H. Einhorn-München.

Über das Verhalten des Gonococcus zur Gramschen Färbemethode, von A. Hijmans van den Bergh. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1896. No. 22 u. 23.) Seit Bumms und Roux' Arbeiten galt die Entfärbung der Gonokokken nach Gram als feststehend, bis in neuerer Zeit doch manche Autoren dieselbe bezweifelten. Die Differenz in den Ansichten kann nur in der verschiedenen Handhabung der Gramschen Methode liegen. Verfasser stellte nun in dieser Richtung Versuche an, wobei auf die Konzentration der angewandten Flüssigkeiten und die Zeitdauer der Applikation sorgsam geachtet wurde. Es zeigte sich dabei, dafs der intracellulär gelegene Gonococcus konstant die Gramfärbung festhält, wenn die Ausstrichpräparate nicht länger als 30 Sekunden in absolutem Alkohol entfärbt werden und die Farbstofflösung nicht zu dünn ist. Auch die Konzentration des Anilinwassers ist nicht ohne Einfluss. Soll der Gonococcus nach Gramscher Methode den Farbstoff mit Sicherheit abgeben, dann müfste der absolute Alkohol mindestens 2½ Minuten einwirken. Länger als 4 Minuten ihn zu applizieren, ist nicht ratsam, da dann auch die pyogenen Kokken sich entfärben. Viel schneller und sicher gelingt die Entfärbung mit Nicolleschem Aceton-Alkohol.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beiträge zur Frage der Übertragung der Gonokokken bei Augenblennorrhoe, von Eduard Welander. (*Wien. klin. Rundschau.* 1896. No. 52.) Zunächst berichtet der Verfasser zwei Fälle, in welchen sich in der Augenhöhle eines enucleierten Bulbus eine purulente Eiterung entwickelte, die zahlreiche Gonokokken enthielt. Im ersten Falle hatte Patient gleichzeitig eine akute Blennorrhoe, im zweiten liefs sich bei der Patientin aus dem schleimigen Cervikalsekret eine Gonokokkenkultur gewinnen, trotzdem sonst kein Zeichen von Blennorrhoe vorhanden war. Daran knüpft Verfasser die Mitteilung weiterer Fälle. Eine Frau mit blennorrhoischer Conjunctivitis lag im Krankenhause in einem Zimmer mit einer alten Frau, von dieser aber durch eine nicht bis zur Decke reichende Bretterwand getrennt. Die alte Frau erkrankte auch an einer Blennorrhoe; wie Verfasser annimmt, haben Fliegen die Übertragung vermittelt. Handtücher können es nicht sein, da das blennorrhoische Sekret, sobald es eintrocknet, in wenigen Stunden die Virulenz verliert. Dafs Fliegen die Ansteckung vermitteln können, suchte Verfasser experimentell zu beweisen, indem er ihre Füfse in virulentes Sekret tauchte, sie dann einige Stunden in eine grofse Eprouvette einsperrte und dann auf Ascites-Agar setzte. Er erhielt hier dann eine Reinkultur von Gonokokken. Durch die gleiche Vermittelung sucht Verfasser eine Endemie von Augenblennorrhoe zu erklären, die er kurz mitteilt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen in Deutschland, Österreich-Ungarn und der Schweiz, von Hermann Cohn-Breslau. (*Allg. med. Centralzeitg.* 1896. No. 50 f.) Angeregt durch Verhandlungen der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur, unterwirft der Verfasser an der Hand einer Reihe von mühevollen Sammelforschungen die Frage der Verbreitung und Verhütung der Blennorrhoea neonatorum einer eingehenden Untersuchung, deren Verlauf und Ergebnisse er in der vorliegenden sehr umfangreichen Arbeit niederlegt. Es ist nicht möglich, näher auf alle Teile derselben einzugehen, es seien hier nur die Ergebnisse der Forschungen betreffend den Wert des Credéschen Verfahrens wiedergegeben. Die Anfrage bei Augenärzten betreffs der Notwendigkeit der Einführung des Credéisierens brachte 110 Antworten. 16 Ärzte nehmen eine unbestimmte Stellung ein, 15 sind gegen das Credéisieren, 79 befürworten dasselbe, und zwar wollen 40 die fakultative, 39 die obligatorische Einführung. Es sprechen sich also 84% der Ärzte für das Credéisieren aus. Der Verfasser kritisiert scharf die erhaltenen Antworten und tritt begeistert für das Credésche Verfahren ein. Wo dasselbe Nachteil bringt, liegt es nur an der Ausführung, nicht an der Methode. Jeder Studierende und jede Hebamme mufs in der Applikation des Tropfens 2%iger Arg. nitr.-Lösung geübt sein. Es mufs so gelingen, die Blennorrhoea neonatorum aus den civilisierten Staaten verschwinden zu machen. Hingewiesen sei nur noch auf das sehr grofse statitische Material, welches der unermüdliche Verfasser zusammengetragen hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ophthalmia neonatorum, von R. Ferguson. (*Amer. med.-surg. bull.* 26. September 1896.) Ätiologie, Prophylaxe (Desinfektion der Vagina in verdächtigen Fällen, Credésches Verfahren), Behandlung, Folgezustände. In Canada sind mindestens noch 20% aller Erblindungen auf die Ophthalmoblennorrhoe zurückzuführen. Auf Grund dieses vor der Canadian Medical Association gehaltenen Vortrages stellt die Gesellschaft an das Gesundheitsamt Canadas das Ersuchen, die Ophthalmoblennorrhoe den infektiösen Erkrankungen einzureihen und sie den nämlichen Vorschriften wie diese zu unterwerfen. *H. Einhorn-München.*

Die Diagnose der blennorrhoischen Entzündung, von Mc Cann. (*The Brit. med. Journ.* 25. Jan. 1896.) Verfasser empfiehlt die Färbung der Gonokokken mit

Fuchsin und Nachfärben mit Eosin und Methylenblau. Aus seinen Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse:

1. Gonokokken sind zu jeder Zeit in dem Eiter jeder unbehandelten Blennorrhoe vorhanden. 2. Ein gonokokkenfreier Ausfluſs verursacht keine blennorrhoische Entzündung. 3. Ein gonokokkenhaltiges Sekret auch in kleinen Quantitäten vorhanden, infiziert empfindliche Schleimhäute mit absoluter Sicherheit. — Verfasser plädiert für systematische Untersuchung des Eiters in allen suspekten Fällen.

C. Berliner-Aachen.

Zur Prophylaxis der blennorrhoischen Infektion beim Manne, von G. Nobl. Nach Besprechung aller Maſsnahmen, welche im Rufe stehen, die Blennorrhoe verhüten zu können, vom sofortigen Urinlassen bis zur Injektion von 2%iger Höllensteinlösung post coitum, empfieht Nobl die vom Kreisphysikus Blokusewski in Dann angegebene Einträufelung von 2—3 Tropfen einer 2%igen Arg. nitr.-Lösung, die im Gegensatz zu der Injektion keine Schmerzen macht. Um die Methode besser einzubürgern, hat B. kleine Metallhülsen herstellen lassen, welche das Glas tragen und durch Druck auf den Boden jedesmal einen Tropfen austreten lassen. Die Tropfen werden möglichst in die Fossa navicularis, ein Tropfen auf der Glans verwischt, um etwa dort anhaftende Gonokokken zu vernichten.

Das Ganze stellt eine Nachahmung des Crédéschen Verfahrens zur Verhütung der Blennorrhoe neonatorum dar und es wäre nur zu hoffen, daſs es ebenso segensreich sich erweisen würde. *L. Hammerschlag-Essen.*

Fall von Rheumarthritis blennorrhoica mit tödlichem Ausgang, von J. A. Hawkins. (*Med. News.* 13. Juni 1896.) Ein 22jähriger Kommis kam mit akuter Urethritis blennorrhoica und hochgradiger Entzündung der betreffenden Teile in die Behandlung des Verfassers. Als er entgegen den gegebenen Vorschriften sich erst acht Tage später wieder einstellte, bestand hohes Fieber nebst rheumatischen Beschwerden an verschiedenen Gelenken. Trotz geeigneter Behandlung trat unter heftigen Delirien, Fieber bis 40 und 40,2°, Somnolenz, Schwellung und Schmerzhaftigkeit verschiedener Gelenke (Ellbogen, Handgelenk), Cheyne-Stokes-Atmen am 19. Krankheitstage der Tod ein. Gonokokken scheinen nicht nachgesucht worden zu sein, doch hält Verfasser die Diagnose für durchaus gesichert.

Philippi-Remscheid.

Ein Beitrag zu den blennorrhoischen Gelenkentzündungen, von M. Schueller. (*Der ärztl. Prakt.* 1896. No. 17.) In den letzten sechs Jahren sah Verfasser 52 Fälle von blennorrhoischer Gelenkentzündung, darunter 34 bei Männern und 18 bei Frauen. 34 mal erkrankte ein Gelenk, 18 mal mehrere, meist jedoch nicht mehr als 2—3. Betroffen waren: Knie 29, Fuſsgelenk 17, Handgelenk 9, Hüftgelenk 7, Ellbogengelenk 6, Schultergelenk 3, unteres Radio-Ulnargelenk 3, Metakarpophalangealgelenk 3, abnormes Gelenk zwischen Manubrium und Corpus sterni 1 mal. Finger- und Zehengelenke waren nur bei drei Patienten ergriffen. Nicht selten war eine gleichzeitige Erkrankung der Sehnenscheiden und Schleimbeutel. — Der Verfasser unterscheidet eine akute und eine chronische blennorrhoische Gelenkentzündung. Die erstere ist gekennzeichnet durch plötzliches Einsetzen mit Fieber, erysipelartige oder blaurote Färbung der heiſsen Haut, starke entzündlich-ödematöse, fast phlegmonöse Schwellung, intensive Schmerzhaftigkeit, serösen- oder seropurulenten, selten rein purulenten Erguſs. Dieses Bild boten von 52 Patienten 31, nur einer zeigte eiterigen Erguſs im Gelenk. Die chronische Form geht häufiger aus der akuten hervor, seltener beginnt sie als solche. Die Erscheinungen sind alle in abgeschwächter Form vorhanden;

Erguſs fehlt zuweilen. Etwas Infiltration, etwas Verdickung der auf Druck schmerzhaften Synovialis ist immer vorhanden. Charakteristisch ist, daſs die chronische Gelenkentzündung oft plötzlich in die akute übergeht oder eine rasch vorübergehende akute Steigerung erfährt.

Der Ausgang in Ankylose setzt keine Eiterung voraus. Sie entsteht durch Schrumpfung der Kapsel oder durch Zerstörung der Knorpelflächen. Sehr häufig scheint die Ankylosenbildung nicht zu sein. Sonstige Formen und Ausgänge der Gelenkentzündung, wie Caries, Arthritis deformans, Polyarthritis chronica villosa beruhen wohl auf sekundären Momenten.

Die Erkrankung der Sehnenscheiden und Schleimbeutel begleitet besonders die Erkrankungen des Hand- und Fuſsgelenkes. Auch hier tritt Exsudation seröser oder gallertiger Massen ein. Die Erkrankung an den Sehnen der M. peronei oder des Tibialis posticus führt regelmäſsig zur Valgusstellung des Fuſses. Oft besteht Erkrankung des Achillessehnenschleimbeutels, die Grundlage der Achillodynie. Es kann dabei auch jede Gelenkentzündung fehlen. In einem Falle bestand neben einseitiger, blennorrhoischer Coxitis und Gonitis eine Entzündung fast sämtlicher Schleimbeutel beider Unterextremitäten.

Nach des Verfassers historischen Studien ist die blennorrhoische Gelenkentzündung früher als syphilitische aufgefaſst worden, da man ja auch die Blennorrhoe zur Syphilis rechnete.

Die Therapie erheischt zunächst die Verabreichung von Jodkalium (3:120—150; 1—2stündlich 1 Eſslöffel), welches besonders bei akuten Fällen auffallend günstig wirkt, aber auch bei chronischen sehr nützlich ist. Lokal: feuchte Karbolkompresse (1%) oder Watteverband; bei hartnäckigen Fällen bedarf es oft der aseptischen Punktion und folgender Sublimat- (1 : 2000) oder Salicyl-Borax-Spülung. In chronischen Fällen ist die aseptische Injektion von Jodoform-Glycerin das wirksamste. Bei Eiterung muſs incidiert, bei Ankylose unter Umständen reseciert werden. Diese Ausgänge beobachtete Verfasser in den 52 Fällen nur je einmal, was für den Nutzen der Jodkaliumbehandlung spricht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Tödliche Cerebrospinalmeningitis und akute Blennorrhoe, von Fürbringer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 27.) Ein junger Mensch erkrankte an akuter Cerebrospinalmeningitis; bei der Aufnahme findet man bei ihm eine akute Blennorrhoe, deren Eiter typische Gonokokken enthält. Die vorgenommene Quinckesche Lumbalpunktion ergiebt trübe Flüssigkeit; in dieser finden sich mikroskopisch Doppelkokken, die sich in ihrem Aussehen, Lagerung, Färbung von Gonokokken kaum unterscheiden lieſsen. Dagegen ergab die bakteriologische Untersuchung zur Evidenz, daſs es sich um den Weichselbaumschen Meningodiplococcus intracellularis handelte. Die Coincidenz beider Erkrankungen ist ersichtlich eine zufällige. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Kasuistik der diffusen blennorrhoischen Peritonitis, von Max Bensinger. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 97.) Eine 28jährige Frau wird von ihrem Manne blennorrhoisch infiziert. Es entsteht eine akute Blennorrhoe mit rechtsseitiger blennorrhoischer Oophoritis und linksseitiger Pyosalpinx. Kein Fieber. Bei einer brüsken Bewegung platzt die Pyosalpinx und es entsteht eine Peritonitis mit hohem Fieber, Apathie, Ikterus. Ohne operativen Eingriff tritt unter Darreichung von viel Alkohol, Excitantien, Eisbeutel völlige Heilung ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

G. Larsen berichtet (*St. Louis med. and surg. journ.* Sept. 1896) über je zwei Fälle von **Blennorrhoe des Rectums und des Mundes** und beschreibt im Anschluſs hieran den klinischen Verlauf der Erkrankung. *H. Einhorn-München.*

Diagnose und Behandlung der blennorrhoischen Metritis, von Appert. (*La semaine gynécolog.* März 1896.) Verfasser betont die Wichtigkeit der genauen Feststellung der Natur der Metritis. Während nämlich die Auskratzung bei einer gewöhnlichen Metritis vorzügliche Dienste leistet, kann sie bei Blennorrhoe zu schweren Komplikationen führen. Die Affektion beginnt meist im Cervix und kann auf diesen Teil beschränkt bleiben; der Uterushals ist dabei in Form und Dimension unverändert, klein und regelmäfsig (im Gegensatz zur puerperalen Cervicitis), die Oberfläche glatt, die Konsistenz unverändert; der äufsere Muttermund eng, der innere bleibt verschlossen; die Farbe dagegen ist stark rot. Es besteht eiterige Sekretion. So lange die Affektion auf den Cervix beschränkt bleibt, fehlen die Schmerzen, welche hingegen eintreten, sobald der Prozefs auf das Corpus übergeht. Bei Cervixblennorrhoe empfiehlt A. Ruhe, vaginale Ausspülungen mit Kalium permangan. (1 : 2000), später Auspinselung der Cervixhöhle mit Methylenblau und Irrigationen derselben wieder mit Kalium permangan. bei schwachem Drucke. Bei Endometritis des Corpus absolute Bettruhe, Eisblase auf den Bauch, vorsichtige Irrigationen. Bei chronischen Formen: Tamponade der Vagina eventuell der Uterushöhle mit Kreosotglycerin- oder Naphtolkampfergaze, Auspinselungen mit Argentum nitricum etc.

C. Müller - Genf.

Über Radikalbehandlung der venerischen Bartholinitis, von G. Nobl. Die Behandlung der blennorrhoischen Bartholinitis ist wegen des verzweigten Baues der Drüse recht schwierig. Gelingt es nicht durch Expression des Sekretes aus der Drüse und nachherige Ausspritzung mittelst der Anelschen Spritze die Entzündung im Anfang zu heben, so beteiligen sich auch das periacinöse Bindegewebe und die weiteren Umhüllungsschichten der Drüse an dem entzündlichen Prozefs.

Kommt es zur Abscefsbildung in einem Drüsenteil, wendet Lang statt der chirurgischen Eröffnung die Behandlung mittelst Punktion an, analog der von ihm angegebenen Adenitisbehandlung. An der tiefsten Stelle der fluktuierenden Geschwulst wird ein kleiner Einstich gemacht, der Eiter exprimiert, darauf die Abscefshöhle mit ½—1%iger Argent. nitric.-Lösung ausgespült und nun ein komprimierender Watteverband angelegt. Injektionen werden in 2—3tägigen Intervallen so lange wiederholt, als sich noch Sekret ausdrücken läfst. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug 4—10 Tage. Die Wände der Höhle verlöteten rasch.

In den mit Balgverdickung und immer von neuem auftretender Sekretion komplizierten Bartholinitiden wird die vestibulare Exstirpation der Drüse vorgenommen und dadurch noch radikale Heilung erzielt. An der Innenfläche des kleinen Labiums wird die Ausmündungsöffnung der Drüse mittelst eines Ovulärschnittes von 2—3 cm Länge umgrenzt, von hier aus die Drüse frei präpariert, namentlich die Verbindungen mit dem M. bulbo-cavernosus und dem Zellgewebe des Labium majus losgelöst. Der Schwerpunkt der weiteren Behandlung liegt nun darin, die Wände der Höhle zur völligen Vereinigung zu bringen, was mit versenkten Catgutnähten geschieht. Mehrere ausführliche Krankengeschichten illustrieren den Erfolg dieser Methode.

L. Hammerschlag-Essen.

Weitere Mitteilung zur Abortion der Blennorrhoea incipiens. B. Goldberg-Köln hat von 14 beginnenden Blennorrhoen mit der Janetschen Abortivmethode sieben in weniger als einer Woche, sechs in weniger als zwei Wochen geheilt; der einzige Fall, der nicht abortiv geheilt wurde, keineswegs ungeheilt blieb, war schon vom siebenten Tage ab drei Tage gänzlich unbehandelt, zudem den gröfsten körperlichen Strapazen ausgesetzt. Alle Patienten wurden ambulant behandelt. Demnach besitzen wir in der Janetschen Methode, wenn sie richtig ausgeführt wird, ein sicheres

Mittel, um die beginnende Blennorrhoe im Keime zu ersticken. (*Centralbl. f. innere Medizin.* 1896. No. 41.) *H. Einhorn-München.*

Die Behandlung des Trippers durch innerliche Mittel, speziell mit Extr. fluid. Kawae-Kawae, von A. Abramowitsch. (*Allwöch. med. Ztg.* 1896. No. 12.) Ob die Darreichung von inneren Mitteln bei der Blennorrhoe von Nutzen, wird von den Autoren in verschiedenem Sinne entschieden. Autor hat auf Anraten Dr. Cernas ein Extrakt aus Kawa-Kawa verordnet, 20 Tropfen dreimal täglich, trat am Anfang der zweiten Woche keine Besserung ein, so wurde zur lokalen Behandlung übergegangen. Übrigens wurden meist gegen Ende der Behandlung Injektionen gemacht, aber nie zu Beginn. Beim chronischen Tripper ist die Wirkung weniger zuverlässig, in jedem Fall auch bei längerem Gebrauch unschädlich. Bei der Urethritis posterior verdient Kawa Beachtung. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Die Therapie der akuten Blennorrhoe der Harnröhre, von E. Finger. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 34 u. ff.) Ein Abdruck des bezüglichen Abschnittes aus der vierten Auflage der „Blennorrhoe der Sexualorgane", welcher ausführlich und unter Berücksichtigung aller in der Neuzeit empfohlenen Mittel und Methoden die Therapie der Blennorrhoe in lehrreicher Weise erörtert.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Komplikationen. Zur Therapie der periurethralen Abscesse und der Prostatitis blennorrhoica, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 48 u. 49.) E. empfiehlt für die periurethralen Abscesse der Pars cavernosa Natrium bromatum und ein warmes Infus von Herba herniariae glabrae und Herba chenopodii ambrosioid. innerlich. Ferner Urethralstäbchen von Ichthyol 0,02, bei tiefer Infiltration Einpinseln mit Ichthyol, Glycerin, Aqua ää, darüber eine dünne Wattelage mit Guttaperchapapier, Verband mit Mullbinde, oder auch Ichthyol mit Lanolin und Ungt. simplex in derselben Weise. Bei nachweisbarer Fluktuation Incision. Gegen die parenchymatöse Form der Prostatitis und die Prostadenitis werden vollkommene Ruhe, Kühlapparat vom Mastdarm aus, oder Suppositorien von Ichthyol, wie Jod und Extr. secalis consumti empfohlen. Bei Suppuration und Behinderung oder Unmöglichkeit des Harnlassens ist ein Nélaton-Katheter anzuwenden. Die Entleerung erfolgt in der Regel nach der Harnröhre zu. Incision vom Mastdarm aus wird verworfen. Von drei dem Verfasser bekannten Fällen endeten zwei durch Sepsis tödlich. Als einzig rationelle Operation ist die Incision vom Perineum mit der Mastdarmablösung nach Dittel möglichst früh, ehe noch die Verdünnung der Mastdarmschleimhaut einen hohen Grad erreicht hat, vorzunehmen. *A. Strauß-Barmen.*

Behandlung der Blennorrhoe mit Airol (aus der dermatolog. Klinik Bern), von W. Howald. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte.* 1896. No. 24.) Behandelt wurden 20 akute und 11 chronische Fälle; außerdem wurden 4 Patienten vor Beendigung der Behandlung entlassen. Zur Anwendung kam ausschließlich die von Leguru und Levy angegebene Glycerinemulsion (Airol 2,0, Aqu. dest. 5, Glycerin 15,0), welche vor der Injektion wegen der leichten Zersetzlichkeit des Airols stets frisch zu bereiten ist. Die mittlere Zahl der Injektionen bis zum Verschwinden der Gonokokken betrug 2,5, bis zum Verschwinden des Ausflusses 4,8, bei wöchentlich zwei Injektionen von je 10 ccm. Bei chronischen Fällen gestalten sich die Resultate etwas weniger günstig als bei den akuten (18 Heilungen), doch immerhin noch ganz befriedigend, indem drei Fälle sehr rasch geheilt wurden; nur ein poliklinisch behandelter Fall

dieser Kategorie erforderte 18 Injektionen. Sehr auffallend ist bei der Airoltherapie das oft aufserordentlich rasche Aufhören der Sekretion (öfters nach einer einzigen Injektion) und das Verschwinden der Gonokokken. *C. Müller-Genf.*

Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol, von F. Legueu und L. Levy-Paris. (Vortrag, gehalten in der französ. Ges. f. Dermatol. u. Syph. am 13. Febr. 1896.) Nach Auswaschung der Harnröhre mit Borsäurelösung wird in die vordere Urethra 10 ccm folgender Emulsion auf zweimal injiziert: Airol 2,0, Aqu. dest. 5,0, Glycerin 15,0. Die Emulsion bleibt einige Minuten in der Harnröhre. 3 Fälle von chronischer Blennorrhoe (3, 2 Monate, 5 Wochen), 2 akute (je 14 Tage) wurden mit 3—5 Injektionen geheilt. Schon nach den ersten Injektionen nahm der Ausfluſs ab, die Entleerung wurde weniger schmerzhaft, die Erektionen wurden weniger heftig. Die Heilung war eine definitive. *A. Strauſs-Barmen.*

Über die Behandlung der akuten Blennorrhoe und der venerischen Bubonen mit Airolemulsion, von Merlin. (*Wien. med. Bl.* 1896. No. 40.) M. benutzte dieselbe Emulsion und sah am 4.—5. Tage bei 58 Fällen akuter Blennorrhoe Aufhören des eiterigen Ausflusses und nach 14—20 Tagen Heilung.

Die Bubonen wurden nach Lang durch einen kleinen Einstich eröffnet, entleert; dann wurde bis zur prallen Spannung folgende Emulsion injiziert: Airol 15,0, Glycerin 100,0. Heilung nach 5—7 Injektionen, täglich eine.

A. Strauſs-Barmen.

Über Technik und Erfolge der Behandlung der Blennorrhoe mit Spülungen von Kalium permanganicum, von Arthur Strauss. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 82.) Den vor einem Jahre empfohlenen heizbaren Irrigator hat der Verfasser schon wieder bei Seite gesetzt, da er eingesehen, daſs die Erwärmung unnötig ist und die anwendbare Temperatur auch nicht genügt, um gonokokkentötend zu wirken. Dagegen hält Verfasser fest an der Güte der empfohlenen Bügelhahnkanüle. Die Vanghettischen Kanülen funktionieren nicht gut. Der Kranke legt sich nach dem Urinieren hin; der Irrigator hängt für Spülungen der hinteren Harnröhre 180 cm, für Spülungen der vorderen 130 cm hoch. Man reinigt die Vorhaut und Eichel gründlich, setzt sich zur Linken des Kranken hin, ihm das Gesicht zukehrend, drückt die Kanüle auf das Orificium und öffnet den Hahn, indem der Kranke zum Urinieren drängt. Man läſst einlaufen bis starker Harndrang sich einstellt. Der Kranke uriniert dann, den Strahl zeitweise durch Druck auf die Harnröhre unterbrechend. Bei der Abortivkur setzt man ab, sobald die Pars anterior prall gefüllt ist. Die Stärke der Lösung ist umgekehrt proportional der Heftigkeit der Entzündung. Bei starker Schmerzhaftigkeit auf der Akme sieht man lieber von den Spülungen ab. Man setze die Behandlung nicht zu früh aus, sonst treten Recidive auf. Zur Abortivkur rät Verfasser nur, solange der Ausfluſs noch spärlich ist. In den Präputialraum legt man in Karbol- oder Sublimatlösung getauchte Bäusche zur Verhütung der Sekundärinfektion. Als geheilt betrachtet der Verfasser die Kranken, wenn 2—3 Wochen nach Beendigung der Kur trotz Alkohol oder Coitus sich keine Gonokokken zeigen.

Von 38 Fällen sind 31 geheilt; durchschnittlich genügten zehn Spülungen bis zur Beseitigung der Gonokokken. Bei chronischen Fällen mit endoskopisch nachweisbaren follikulären Infiltraten wurde vor der Spülung eine Sonde angelegt. Die besten Erfolge lieferten die subacuten und chronischen Fälle. Von 12 Abortivkuren gelangen 9. Jede Komplikation, abgesehen von der Urethritis posterior, solange sie akut ist, kontraindiziert die Spülungen. Nur einmal wurde als unangenehme Neben-

wirkung eine heftige Blasenblutung, sehr selten eine leichte Cystitis gesehen. Färbung des Urins, Phosphaturie können unbeachtet bleiben.

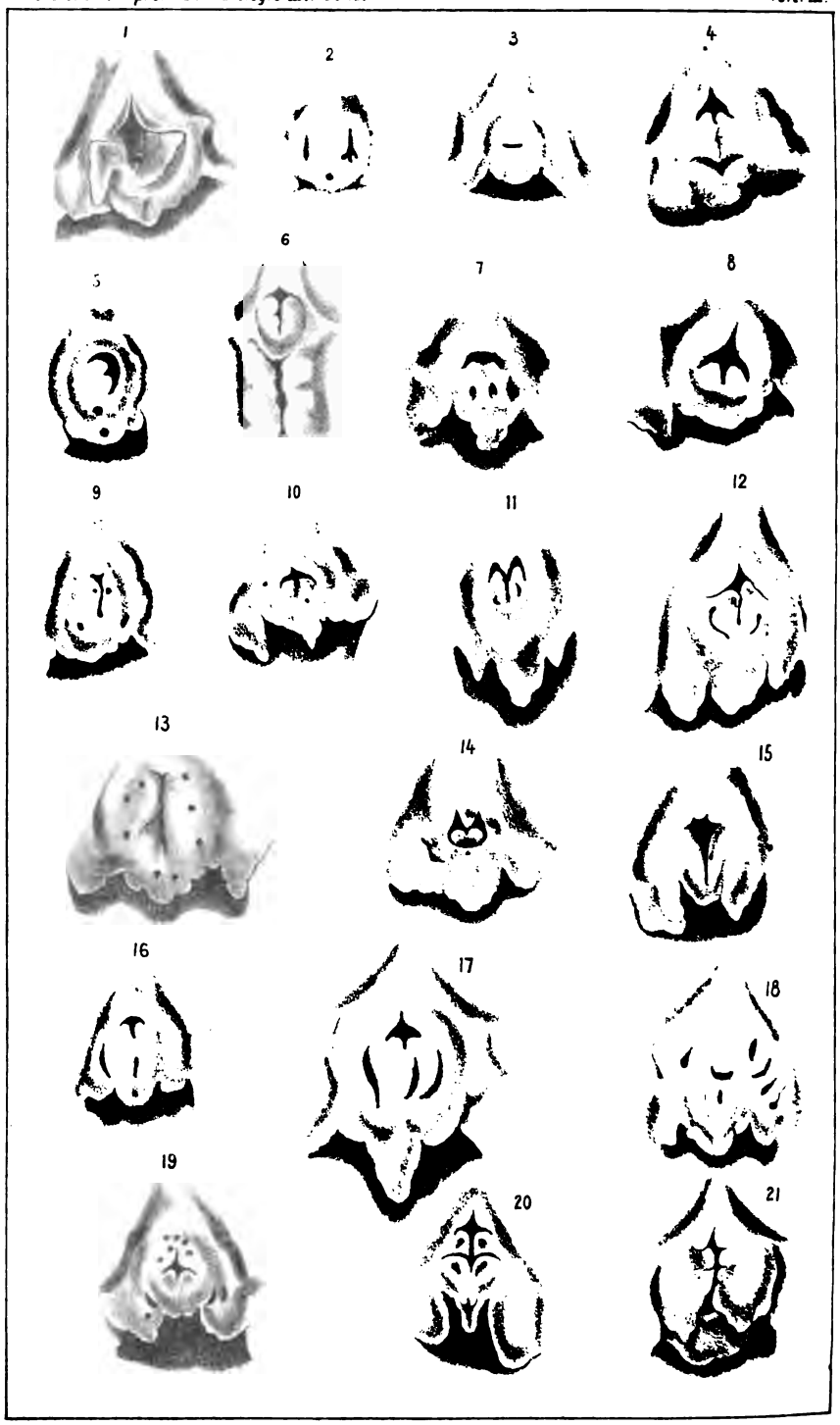
Eine Tabelle giebt die Resultate wieder. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Heilung des Trippers mit gasartig in der Harnröhre verdunstenden Substanzen, von J. E. Güntz-Dresden. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1894. No. 24 u. 25.) Verfasser glaubt, da die eigentlichen Herde der Entwickelung der Gonokokken die Lymphhohlräume und Lymphgefäfse des submukösen Gewebes der Harnröhre sind, durch seine Behandlungsmethode den Tripperpilz in seinen Herden der Entwickelung, also in der Submukosa, treffen und töten zu können. Dies soll gelingen durch Einbringung solcher Stoffe in die Harnröhre, welche den Pilz sicher und rasch töten, ohne die Schleimhaut der Harnröhre und das submuköse, homologe oder heterolog entartete Gewebe zu zerstören, welche vielmehr die Gewebe schonen und eventuell auch die Exsudate zur Aufsaugung bringen helfen (es sind dies gasartig verdunstende Mittel, wie Calcaria chlorata, ½—2%ig, in Lösung und filtriert, entwickelt stark pilztötendes, leicht resorbierbares Chlorgas, sodann das fein pulverisierte Jodoform in Substanz, welches stets schmerzstillend und pilztötend wirkt oder Jodoformin oder Jodoformal in Pulverform als Einblasung in die Harnröhre).

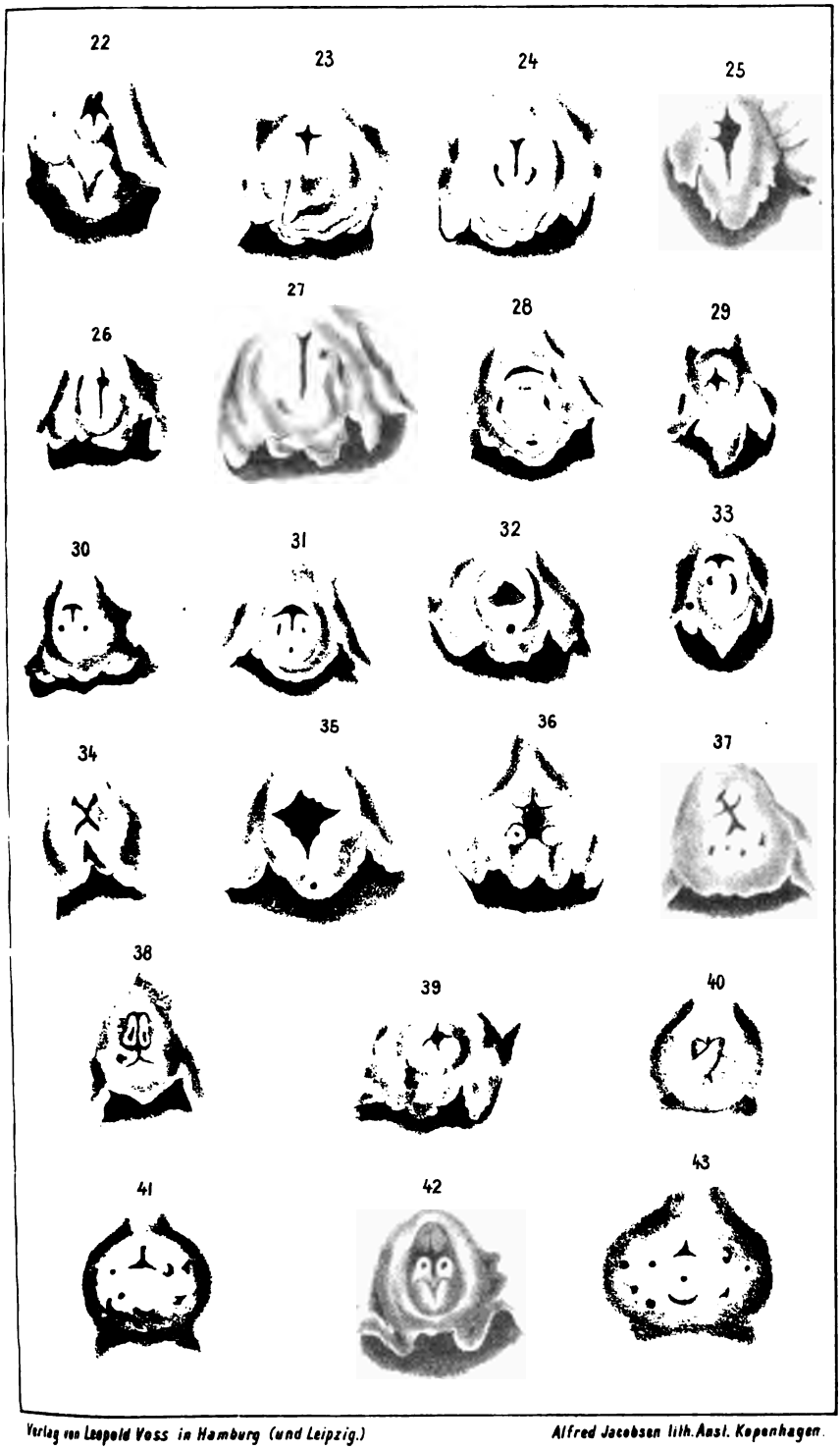
In die hinteren Teile der Harnröhre führe man eine Hohlröhre ein, welche mit Jodoform, Jodoformin, Jodoformal am weiten Ende gefüllt, dann auf eine kleine, aufgezogene Spritze luftdicht angepafst wird. Der Luftdruck dieser Spritze fördert dann das Pulver an die gewünschte Stelle der Harnröhre. *Karl Ries-Stuttgart.*

Studie über die Behandlung der akuten blennorrhoischen Cystitis beim Manne, von Charalambieff. (Dissert. Paris, 1895.) Verfasser beschreibt die Methode, welche an der Klinik von Prof. Balzer üblich ist. Die Behandlung ist eine innerliche und eine äufserliche. In ersterem Sinne wird verordnet: absolute Ruhe, strenge Diät (gänzliche Abstinenz von alkoholischen Getränken, Thee, Kaffee, gewürzten Speisen); als Getränke werden Infusa von Folia uvae ursi, Gerste, Leinsamen (Formel von Finger), besonders aber Milch verschrieben und zwar bildet die absolute Milchdiät das souveräne Mittel bei Cystitis. Gleichzeitig mit ihr giebt Balzer gewöhnlich auch Alkalien (Natron bicarb. und biborac., salicylic.). Die inneren Antiseptica leisten zuweilen gute Dienste: Salol, Bor-, Salicylsäure etc. etc. Lokal, gegen den Schmerz, warme Kataplasmen, eventuell auch Eis. Bei alten hartnäckigen Cystitiden, wo die innerliche Behandlung nicht ausreicht, mufs die lokale eintreten in Form von Ausspülungen (gekochtes Wasser, Borsäure, Argent. nitr. 1 : 500, Ichthyol 1 : 100, Antipyrin 4%, Kreolin 10—15 Tropfen auf ¼ Liter etc.) und von Instillationen nach Guyon. *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



R. Bergh. del.



Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig.)

Alfred Jacobsen lith. Anst. Kopenhagen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 7. 1. Oktober 1897.

Die Sarkomatose der Haut.

Referat,

erstattet auf dem XII. internationalen medizinischen Kongreſs zu Moskau 1897

von

Prof. Tommaso de Amicis-Neapel.

Auf dem letzten internationalen Kongreſs zu Rom stand die Hautsarkomatose mehrfach auf der Tagesordnung, und wenn der nämliche Gegenstand heute wieder zur Erörterung gestellt wird, so geschieht das, weil noch viele Einzelheiten der Aufklärung bedürfen.

Vom Standpunkt des Klinikers aus erscheint die Sarkomatose der Haut nicht als eine einzelne Krankheit, sondern als eine Gruppe von Krankheiten, unter denen man verschiedene Formen unterscheiden kann.

Wir haben zu betrachten:

1. Die Sarcomatosis cutanea metastatischen Ursprungs von den Knochen oder den Eingeweiden ausgehend; diese Form hat Köbner 1868 zuerst aufgestellt.

2. Die primäre Hautsarkomatose. — Von dieser letzteren wird in folgendem die Rede sein.

Es lassen sich meines Erachtens von diesem Typus drei Unterarten aufstellen:

1. das nicht pigmentierte Hautsarkom;

2. das melanotische Hautsarkom;

3. das multiple, idiopathische, hämorrhagische Hautsarkom.

Ad 1. Die erste Unterart, das idiopathische, nicht pigmentierte Sarkom, bei dem also keine Pigmentansammlung infolge von Hämorrhagie oder Diffusion von Blutbestandteilen statt hat, entsteht meistens nach Verletzungen, oder entwickelt sich auf einzelnen Geweben und tritt einzeln oder auch in der Mehrzahl auf. Als Beleg für dieses letztere Vorkommen habe ich die Ehre, Ihnen eine Zeichnung vorzulegen; von dem nämlichen Fall, einem Spindelzellensarkom, dessen Krankengeschichte ich hier folgen lasse, stammen auch die mitgebrachten mikroskopischen Präparate.

Multiples, idiopathisches, nicht pigmentiertes Hautsarkom.

Louise Spina, geboren zu Caserte und in Licone (Maddaloni) aufgewachsen, 26 Jahre alt, Bäuerin.

Die Menstruation, die seit dem 19. Jahr regelmäfsig war, hat seit 4 Monaten aufgehört.

Patientin giebt an, dafs sie, als sie im Dezember 1880 aus einer Cisterne Wasser schöpfen wollte, hineinfiel und sich dabei eine leichte Kontusion des rechten Ellenbogens zuzog. Die Geschichte war zwar in ein paar Tagen wieder geheilt, doch blieb ein gewisser Schmerz bestehen und der Arm ermüdete schnell bei anstrengender Arbeit.

Als sie dann im August 1881 mit dem Ausgraben von Mais beschäftigt war, verletzte sie sich den Ringfinger der rechten Hand an der Palmarfläche zwischen der ersten und zweiten Phalange. Sie kümmerte sich um die Wunde nicht weiter, bis der ganze Finger nach ein paar Tagen anschwoll und sich an der Stelle der Verletzung eine ziemlich hervorragende, rote Granulationsmasse bildete. Um diese Geschwulst herum entstanden dann weiter kleine Fleischwarzen von der Gröfse je einer Kichererbse, die sich abrundeten und die Farbe der umgebenden Haut besafsen. Dazu gesellte sich nun weiter eine beträchtliche, torpide Anschwellung der Hand, namentlich in der Gegend des Radius. Patientin bestrich jetzt das Ganze mit Eiweifs und wickelte die Hand in Werg, erzielte aber keine Abschwellung. Vielmehr nahm die Anschwellung des Handrückens noch zu. Jetzt wurde mehrere Tage lang Wandkraut (Parietaria officin.) mit Kochsalz aufgelegt und nun bemerkte man an der Radialseite der Hand mehrere Schrunden, die die Haut fast in ihrer ganzen Dicke durchsetzten. Im ganzen wurden vier solche Risse gezählt. Aufserdem gewahrte man jetzt am oberen Drittel des Arms an der Radiusseite ein weiteres Knötchen von Linsenform und Linsengröfse, mit einem kleinen, nabelähnlichen Geschwürchen in der Mitte. Auch auf der Palma manus safsen, in der Verlängerung der beschriebenen Geschwüre, dicht vor der Gelenkfalte, zwei kleinere, flache Geschwülste; beide waren Träger je eines Geschwüres, von denen das eine erhaben, das andere dagegen eingesunken erschien.

Der Mittelfinger ist regelmäfsig konisch geformt und auch seine letzte Phalange ist fast ganz normal. Nur die Spitze derselben ist ringsherum mit hohen und flachen Knötchen besät, die unregelmäfsig geformt, meistens rund sind, die Gröfse einer kleinen halben Erbse bis zu derjenigen eines Zwei-Centimesstückes haben, dicht nebeneinander, meistens zu Gruppen angeordnet stehen. Auf allen Knötchen nimmt man Geschwüre wahr, die nach der Radiusseite hin hohl, nach der Cubitusseite hin jedoch mit Granulationen bedeckt sind.

Im ganzen sind 26 solcher Knötchen vorhanden, auf dem Fingerrücken und an den Seiten sind sie stärker entwickelt und häufiger zusammengewachsen.

Der Zeigefinger ist gleichfalls mit Knötchen bedeckt; sie sitzen hier namentlich an der oberen Hälfte und sind an ihrer Oberfläche ulceriert. Zum Teil sehen sie wie Warzen aus oder haben die Form eines Stachels. Ihre Anzahl beträgt zehn; sie sind nicht gröfser als eine halbe kleine Erbse.

Der Daumen ist normal. — Der Handrücken ist merklich geschwollen; in seiner unteren Hälfte und gegen den Ellenbogen hin fühlt er sich teigig an und der Fingerdruck hinterläfst hier Einsenkungen; an der Radialseite dagegen ist die Haut hart wie Horn und behält vom Fingerdruck keine Delle nach. An diesem Teil der Haut sitzen, in einer Linie mit der Fingerkommissur, drei tuberkulöse Massen, die durch infiltrierte, mehr oder weniger harte Hautteile von einander getrennt sind, weifslich bis rosa gefärbt erscheinen und wie Narben, mit leichten Unebenheiten ihrer

Oberfläche, aussehen. Sie überragen die gesunde Umgebung zum Teil um 1 cm und noch mehr. Die gröfsten und ältesten unter diesen tuberkulösen Massen haben einen grobzottigen und warzigen Grund; andere im Gegenteil erscheinen eingesunken, zerrissen, unterminiert und sehen wie die Höhlungen aus, die in einem fauligen Apfel zurückbleiben, nachdem alles Verdorbene entfernt ist.

Ihre Ränder sind fast alle aufgeworfen und etwas nach innen umgerollt, nur an einzelnen Stellen stehen sie senkrecht. Der Grund aller Ränder fühlt sich härter als Horn an. Ihre Farbe ist blafsrot bis schwärzlich, während der Geschwürsgrund weifslich, grau bis schmutzig rosa erscheint.

Alle secernieren in ziemlicher Menge eine jauchige, übel riechende Flüssigkeit, die an ein Fäulnisprodukt erinnert und rasch zu graugrünlichen oder bräunlichen Krusten eintrocknet; diese sind verschieden dick und sammeln sich namentlich an den Rändern an. Beim leisesten Berühren bluten sie alle sofort; sie sind meistens rund oder eiförmig oder auch unregelmäfsig geformt und schwanken in der Gröfse zwischen derjenigen einer Linse und der eines silbernen Fünf-Francsstückes.

Prüfen wir jetzt die einzelnen Teile genauer.

Die Finger. — Die letzte Phalange des kleinen Fingers ist in ihrem ganzen Umfange, und die beiden anderen sind wenigstens an ihrem Cubitalrand mit leicht knotigen Tuberkeln besetzt, während die Haut dazwischen von Schrunden durchzogen ist.

Die ganze Fingerkuppe sieht rauh aus und auch der übrige Finger erscheint in seiner ganzen Ausdehnung verdickt; seine weichen Gewebe sind gleichmäfsig infiltriert und fühlen sich recht hart an, nirgends lassen sie sich mit dem Finger eindrücken. Die Haut sitzt straff und läfst sich nicht in Falten abheben.

Der Ringfinger, der umfangreicher als die übrigen ist, ist überall mit Gruppen dichtstehender Tuberkel besetzt, die auf grofsen, schmutzig blafsroten Fleischwarzen aufsitzen.

Ein Arzt, den die Kranke um Rat fragte, empfahl ihr örtliche Dauerbäder von Schwefelwasser. Aber nach 14tägiger Anwendung dieser Bäder schwollen der zuerst erkrankte Finger und die Hand nur noch mehr an, und auf dem Handrücken, da wo die Schrunden sich befanden, entwickelte sich eine richtige Geschwürsfläche von der Gröfse eines Zwei-Soustückes, mit aufgeworfenen, leicht blutigen Rändern. Dieses Geschwür dehnte sich allmählich vom zweiten bis zum ersten Metakarpalknochen aus.

Unterdessen entstanden auch in der Hohlhand mehrere flache Knötchen von der Gröfse einer halben Nadel; dieselben zerfielen bald geschwürig und gewannen ein vegetierendes Aussehen, neigten auch leicht zu Blutungen. Zu gleicher Zeit bemerkte Patientin auch auf dem Vorderarm fünf bis sechs neue, in der Entwickelung begriffene Knötchen.

So war ihr Zustand, als sie am 10. Februar 1882 in das Asyl für Unheilbare zur Aufnahme kam. Dort wurden zuerst Ätzungen mit reiner Karbolsäure vorgenommen, auch Karbolwasserumschläge angewandt, später graue Salbe, der elektrische Strom (22 Sitzungen), verschiedene antiseptische Lösungen und Einpackungen in Karbolwatte versucht. Aber trotz dieser vielfachen Medikation machte das Leiden während des Aufenthaltes in dem Asyl rasche Fortschritte. Frische Infiltrationen und Knötchen bildeten sich zwischen den Fingern, in der Hohlhand, auf dem Handrücken, auf dem Vorderarme und der unteren Hälfte des Oberarmes, namentlich an dessen innerer Fläche; und alle diese Neubildungen erweichten sehr schnell, schmolzen ein, rückten aneinander und flossen zusammen und gaben so Anlafs zu zahlreichen Geschwürsbildungen von verschiedener Gröfse, mit einem Geschwürsgrund, der Neigung zur Proliferation und Wucherung besafs.

In diesem Zustande verliefs Patientin am 4. Juni 1891 das Spital und kam in meiner Klinik zur Aufnahme.

Status praesens. Es handelt sich um ein junges, normal gewachsenes Mädchen, mit gradem Knochenbau, schwächlicher Muskulatur, geringem Fettpolster, schlechter Allgemeinernährung, im ganzen eher schwächlich. Die Gesichtsfarbe ist erdfahl, die Schleimhäute sind anämisch.

Der rechte Arm verursacht ihr Beschwerden und unbestimmte Schmerzen. Die Körpertemperatur ist erhöht, es besteht kontinuierliches, leicht remittierendes Fieber abends 38,5°, morgens 38°. Die inneren Organe sind alle gesund.

Die örtlichen Veränderungen. Der ganze rechte Arm bis zur Mitte des Oberarmes ist beträchtlich geschwollen; es springt das sofort beim Vergleich mit dem anderen, gesunden Arm in die Augen. Folgendes sind die Mafsunterschiede:

	Kranker Arm:	Gesunder Arm:
Umfang an der Basis der 4 Finger	= 23 cm	16 cm
„ „ „ „ des Daumens	= 19 „	11 „
„ „ „ Gegend d. Handgelenks	= 19 „	11½ „
„ „ „ Mitte des Vorderarms	= 20½ „	16 „
„ am obern Ende d. Vorderarms	= 26 „	20 „
„ „ Ellenbogen	= 26½ „	19½ „
„ „ unter. Viertel d. Oberarms	= 24 „	18 „
„ an der Mitte des Oberarms	= 20 „	19 „

Die drei letzten Finger der kranken Hand sind etwas verkrüppelt und ungefähr um ein Drittel dicker als die nämlichen Finger der anderen Hand. Der Zeigefinger der kranken Hand dagegen ist nur wenig und der Daumen garnicht verdickt. Sämtliche Finger der erkrankten Hand sind dauernd gestreckt und lassen sich nur sehr wenig biegen. Der ganze Arm fühlt sich, soweit er erkrankt ist, hart elastisch an; nur der obere Teil des Vorderarms ist weich und fast normal; hier lassen die Finger einen länger dauernden Eindruck zurück.

Die Finger mit Ausnahme des Daumens, die Hohlhand und der Handrücken, der Vorderarm und die untere Hälfte des Oberarms sind mit kleinen Kontinuitätstrennungen besät; diese ruhen auf einem infiltrierten Grunde; jedoch scheinen die mehr oder weniger umfangreichen Infiltrationen zuerst dagewesen zu sein, denn die Gröfse der einzelnen Geschwüre entspricht vollkommen derjenigen der betreffenden Infiltration. Sämtliche Kontinuitätstrennungen springen hervor und unterminieren die Haut; die einzelnen Gänge sind mit Granulationen angefüllt. Das kleinste Geschwür findet sich an der Grenze der zweiten Fingerkommissur, es ist rundlich und hat die Gröfse von etwa einem Centimestück; ein anderes, etwas tiefer gelegenes, überschreitet die erste Fingerkommissur um einige Centimeter und ist unregelmäfsig rundlich. Es ist 4 cm breit und 3 cm lang. Ein weiteres Geschwür, das bis zum Handgelenk reicht, ist unregelmäfsig oval und besteht eigentlich aus zwei, an der Peripherie zusammengeflossenen Geschwüren; in der Breite mifst es 5 cm, in der Länge 2½ cm.

Die Hohlhand ist teils mit fleischigen, mehr oder weniger hervorspringenden Massen, teils mit einzelnstehenden flachen und nahezu linsenförmigen Knötchen bedeckt. Erstere sind in der Mitte und am Hypothenar, letztere in der Gegend des Thenar am reichlichsten vertreten. Sie haben alle unregelmäfsige Gestalt und ruhen auf einer infiltrierten Haut; aber auch die einzelnen Hautstreifen, durch die sie von einander getrennt werden, sind etwas verdickt und stellenweise mit kleinen halbkugeligen, warzenartigen Gebilden von Pfefferkorngröfse versehen. An der Cubitalseite der Hohlhand gewahrt man aufserdem noch zwei rauhe Geschwülstchen, die zwar

ganz dicht nebeneinander stehen, aber doch von einander getrennt sind. Im ganzen zählt man auf der Hohlhand 22 dieser verschiedenen Gebilde.

Auf der Rückenfläche des Vorderarmes stöfst man auf rundliche, üppig entwickelte Geschwülste, die fast alle 5 Centimesstück grofs sind und deutlich hervorragen. Sie stehen teils einzeln, teils so dicht nebeneinander, dafs sie sich an der Peripherie berühren und Gruppen von zwei bis drei und mehr Knoten bilden. Bei einigen von ihnen ist die Oberfläche unterminiert, bei anderen mit Granulationen bedeckt. In der dazwischenliegenden Haut erheben sich stellenweise flache, scheibenförmige Papeln. — Diese Neubildungen erreichen am Vorderarm im ganzen die Zahl von 34.

Auch auf der Innenfläche gewahrt man sofort ähnliche rauhe Massen, die zum Teil fungös aussehen, zum Teil flach und mit einer centralen Einsenkung versehen sind. In der Nähe des Daumens befindet sich ein Geschwür von der Form und der Gröfse eines silbernen 5 Francsstückes, mit harten, unterminierten Rändern und ausgehöhltem Grunde, das Ganze von einer grau-gelben bis grünlichen Schicht bedeckt. An seiner Peripherie steht ein Kranz von kleinen, flachen Knötchen. — Hier zählt man zusammen 28 Neubildungen.

Der Oberarm ist, von der Ellenbogenbeuge angefangen, in der unteren Hälfte seiner Vorder- und Hinter-Innenfläche mit meist flachen, scheibenförmigen Tuberkeln besetzt. Jedoch in der Mitte seiner Vorderfläche, an der Grenze des Gesunden, stehen zwei stark hervorspringende Neubildungen von je 5 Centimesstückgröfse. — Alle diese Gebilde sind an ihrer Oberfläche mehr oder weniger geschwürig zerfallen und durch gröfsere, anscheinend gesunde Hautpartien von einander getrennt. — Hier beläuft sich die Zahl der Neubildungen auf 18.

Das Ellenbogengelenk ist vollkommen beweglich und läfst sich leicht beugen und strecken, wenn Patientin auch einigen Schmerz dabei empfindet. Die Lymphdrüsen in der Achselhöhle der erkrankten Seite sind unverändert und vor allem nicht vergröfsert; sogar das Ganglion epitrochleare ist nicht zu fühlen. — Die Kranke widerstrebte jedem chirurgischen Eingriff und verliefs nach 14 Tagen die Klinik wieder, indem sie erklärte, sie wolle lieber bei sich zu Hause sterben.

* * *

Die zweite Form, das primäre, melanotische Sarkom, kann an verschiedenen Stellen der Haut oder aus einem Muttermal entstehen und hat ein typisches Wachstum. Zuerst bilden sich bald gröfsere, bald geringere Knoten von blauer oder schwarzer Farbe, die sich auf den Lymphbahnen weiter verbreiten und histologisch aus Spindel- und Riesenzellen bestehen. Sie versehen die Hautschichten mit einer reichlichen, intra- und extracellulären Pigmentablagerung, die aber keineswegs von extravasiertem Blut herstammt.

Ein solches Sarkom hat ein sehr rasches Wachstum, namentlich, wenn erst einmal mit dem Messer daran herumgeschnitten wurde. Jeder Eingriff ist hier erfolglos. Die Abbildung zeigt Ihnen ein typisches Beispiel; sie stellt die rechte Unterextremität eines Kranken von meiner Klinik dar, und ich lasse die Krankengeschichte jetzt folgen:

Sarcoma melanoticum der rechten Unterextremität.

Georges Arcori aus S. Agathe d'Eseri (Consenza), 53 Jahre alt, Schneider, verheiratet, kinderlos, stammt von gesunden Eltern, kein anderes Familienmitglied hat an einer der seinen ähnlichen Krankheit gelitten.

Mit 17 Jahren hatte er einen Tripper und Schankergeschwüre, an die sich aber keine weitere Erkrankung anschloſs. Mit 30 Jahren hatte er wiederum einen Schanker. 1871 verheiratete er sich und hat seitdem in geordneten und behaglichen Verhältnissen gelebt.

Seine jetzige Krankheit hat vor 6 Jahren begonnen. An der rechten Fuſssohle, zwischen der zweiten und dritten Zehe bildete sich eine schmerzlose Erhebung von der Gröſse einer groſsen Bohne und von braunroter Farbe. Drei Jahre lang bestand dieser Knoten, ohne ihn zu belästigen, bis er ihn eines Tages mit einer Nadel durchstach, worauf Blut austrat. Nach einigen Wochen bemerkte er, daſs die Leistendrüsen der rechten Seite geschwollen waren, ohne indes zu schmerzen. Aus der Infiltration entleerte sich von Zeit zu Zeit immer etwas Blut; Ätzungen mit dem Cuprum sulfuricum-Stift blieben erfolglos. Vor $2^1/_2$ Jahren trug ein Arzt den ganzen Knoten mit einer Schere ab, was eine starke Blutung zur Folge hatte, während die Leistendrüsen sich noch mehr vergröſserten und sich eine phlegmonöse Adenitis mit Fieber einstellte. Der Kranke kam nunmehr ins Krankenhaus der Galliera zu Genua zur Aufnahme. Dort wurde der Abscefs breit gespalten und heilte unter geeigneter Behandlung.

Zum Zwecke der Untersuchung schnitt man von dem kleinen Tumor, der noch an der Fuſssohle bestand, ein Stückchen aus, worauf die Leistendrüsen sofort wieder zu schmerzen und auch bald wieder zu eitern anfingen. Der frische Abscefs wurde wiederum eröffnet und die Geschwulst am Fuſse gründlich mit dem Messer entfernt, so daſs Patient, von beiden Leiden geheilt, am 10. Dezember 1888 das Krankenhaus verlassen konnte.

Von da ab bis zum Januar 1890 fühlte er sich ganz wohl. Um diese Zeit aber bekam er eines Tages einen lang anhaltenden heftigen Schüttelfrost, wonach sich für die nächsten 24 Stunden sehr hohes Fieber einstellte, und als dieses nachlieſs, klagte Patient über Krampf und Zuckungen in dem rechten Bein. Acht bis zehn Tage später bedeckte sich dasselbe mit zahlreichen hervorragenden Knötchen von der Gröſse eines Stecknadelkopfes und von bläulicher Farbe; dieselben wurden allmählich gröſser und nahmen dabei eine ausgesprochen schwarze Färbung an.

Es werden zwei Einspritzungen mit Liquor arsenicalis Fowleri in das Bein gemacht. Dieselben bewirkten aber nur das Entstehen von zwei Abscessen, wodurch der Kranke gezwungen wurde, das Bett zu hüten. Gleichzeitig bildete sich auch wieder eine neue, abscedierende Adenitis; diesmal eröffnete der Abscefs sich von selber und entleerte eine groſse Menge Eiter. In den nächsten Tagen kam es aber aus dieser Abscefsöffnung zu einer lebhaften Blutung, die sich noch mehrfach wiederholte und den Patienten, durch den starken Blutverlust, an den Rand des Grabes brachte. Ein Chirurg operierte die Fistelöffnung, worauf an dieser Stelle eine wesentliche Besserung eintrat. Jedoch bildete sich in der Nachbarschaft bald wieder eine neue Drüsenschwellung und unter diesen Umständen kam Patient in meine Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis in Neapel zur Aufnahme.

Status praesens. Normal gebauter, stark abgemagerter und hochgradig anämischer Mensch. — Die Neubildungen sitzen nur auf der rechten Unterextremität, namentlich auf der vorderen und inneren Fläche derselben und bestehen aus Infiltrationen, Flecken, Papeln, Knoten, Tuberkeln, Höckern und Geschwüren.

Auf der Mitte der Fuſssohle, 3 cm von dem Metatarso-Phalangealgelenk

entfernt, befindet sich eine lineare, 2 cm lange, etwas eingesunkene Narbe, und fast auf der Höhe des Fufsgewölbes gewahrt man zwei rundliche, schwarz-violette Flecken, die jeder ungefähr 1 cm im Durchmesser haben und auf einer leicht infiltrierten Unterlage ruhen, wie man sich beim Berühren überzeugen kann. Zwei weitere, diesen fast gleiche Flecke finden sich längs einer geraden Linie, die von der grofsen Zehe zum Malleolus internus verläuft; ferner sechs halbkugelige Gebilde, kleinhaselnufs- bis taubeneigrofs; sie haben schwarzviolette Färbung und sind von anscheinend gesunder Epidermis bedeckt; sie fühlen sich prall elastisch an, sind auf ihrer Unterlage beweglich, vollkommen schmerzlos und sind auf Kosten der Cutis gewachsen.

Die Haut des Unterschenkels ist überall mit Flecken, Papeln, Knötchen und Tuberkeln bedeckt, die Hanfkorn- bis Kichererbsengröfse haben und im übrigen die nämlichen Eigenschaften aufweisen wie die am Fufs beschriebenen Neubildungen. Aufserdem ist die Haut vielfach infiltriert, was sich aber nur beim Fühlen mit den Fingern nachweisen läfst.

Aufserdem besteht an der Innenfläche des Unterschenkels, beginnend ungefähr zwei Finger breit unterhalb der Spina tibiae und bis zur Mitte des Beins reichend, ein schwarz-blauer Herd, der sich über die Vorderfläche hinzieht und auch noch die hintere Fläche des Unterschenkels erreicht und sich als aus einer Masse kleiner Geschwülste zusammengesetzt erweist. Diese Tumoren sind hanfkorn- bis haselnufsgrofs, auch wohl noch etwas gröfser und teils mit einander verschmolzen, teils auch durch mehr oder weniger breite Furchen von einander getrennt.

Diese eigentümlichen Gebilde haben ähnliche Eigenschaften wie diejenigen, die ich am Fufs beschrieben habe; doch ist bei einigen von ihnen die Oberfläche zerfressen und ulceriert, so dafs eine schwarze, schwammige Masse sichtbar wird, die sich weich anfühlt und leicht blutet. Der ganze Herd ist schmerzlos und auf dem unterliegenden Gewebe leicht verschiebbar.

An der Innenfläche des Oberschenkels finden sich Flecken, Knoten und Höcker von der nämlichen Beschaffenheit, wie sie bereits für den Fufs und den Unterschenkel beschrieben wurden. Den gröfsten Teil des Oberschenkels bedeckt ein Herd, der von oben nach unten 18 cm und in der Breite 16 cm mifst und der aus eben solchen Papeln, Knoten und Höckern besteht, wie sie am Unterschenke sich finden.

Am oberen Teil der Extremität fehlt die Epidermis ungefähr in der Ausdehnung eines silbernen 5 Francsstücks; hier hat man ein schwärzlich gefärbtes, weiches Gewebe vor sich, das beim Anfassen mit der Pincette sehr leicht zerreifst und aus dem, wie aus einem Schwamm, beständig Blut aussickert. An der Peripherie des eben erwähnten Hauptherdes liegen auch einige Knötchen mit zerfallener Oberfläche.

Die prall elastischen Hautinfiltrationen sind an den Seitenteilen gut abgegrenzt und lassen sich hier etwas verschieben. Weiter abwärts dagegen sind auch die tiefer liegenden Gewebe des Schenkels von der Infiltration mit ergriffen; und das nämliche gilt von den höher liegenden Teilen, indem selbst die ganze Inguinalgegend infiltriert erscheint. Die Erkrankung überschreitet auch noch das Poupartsche Band und verliert sich, wie die Besichtigung zeigt, an der Bauchwand. Die Inguinalfalte ist verkrümmt und hat die Form eines italienischen *S*, mit einer inneren Konkavität nach unten gerichtet.

Die Iliacalgegend ist gleichmäfsig geschwollen und die durch das Ligamentum Poupartii geteilte Geschwulst stellt einen Höcker dar, der in seinem gröfsten Durchmesser von oben nach unten 11 cm und in seinem Breitendurchmesser 8 cm mifst. Die Haut ist gespannt, sehr verdünnt, durchscheinend und rot-violett gefärbt.

Am inneren, unteren Quadranten dieses Höckers besteht eine Geschwürsfläche

von ungefähr 4 cm im Durchmesser; sie ist von einem harten Wulst umgeben und zeigt eine schwärzliche, leicht blutende Oberfläche. Der ganze Höcker ist schmerzlos, gewährt eine Art Fluktuationsgefühl, ist aber weder beweglich noch abgrenzbar.

Die Hautinfiltration setzt sich in die Fossa iliaca fort und verliert sich allmählich in die Bauchhaut und in die Muskelmassen der Seite.

Durch Abtasten überzeugt man sich, dafs die Schwellung unbeweglich und ganz schmerzlos ist und nach innen bis zur Medianlinie, nach oben bis zur Nabelhöhe ansteigt und sich seitwärts, wie schon erwähnt, in die Muskelmassen der Bauchwand verliert. — Die Perkussion ergiebt eine Zone des gedämpften Schalles, die ungefähr dieselben Grenzen wie die Anschwellung hat.

Die Hautanhänge sind normal, desgleichen die Schleimhäute, abgesehen von ihrem anämischen Aussehen. — Die Drüsen der rechten Leiste, der Nackengegend und der Achselhöhlen sind beweglich, prall elastisch, schmerzlos und kichererbsen- bis mandelgrofs.

An den äufseren Genitalien ist die Haut der Pubes leicht ödematös, auch besteht ein geringer Erguſs in die Tunica vaginalis des rechten Hodens.

An den inneren Organen findet sich nichts Abnormes.

Dem Kranken macht das Gehen Beschwerden, sei es, dafs er sich im ganzen zu schwach fühlt, sei es wegen der Infiltration des rechten Beines und der rechten Fossa iliaca.

Der am 3. März 1891 untersuchte Urin hatte ein spezifisches Gewicht von 1026, war frei von Zucker, Eiweifs, Schleim, Eiter, Aceton und jedweder abnormen Pigmentbeimengung. Dagegen waren die normalen Farbstoffe, die erdigen Phosphate, die Urate und der Harnstoff reichlich vorhanden, während die Chlorate nur spärlich vertreten waren. Unter dem Mikroskop gewahrte man viele harnsaure und oxalsaure Krystalle.

Patient hat meine Klinik am 4. April wieder verlassen und ist 14 Tage nach seiner Rückkehr in die Heimat verstorben.

* * *

3. Form: Sarcoma multiplex, idiopathicum pigmentosum. Um diese Form dreht sich namentlich der ganze Streit. Prof. KAPOSI hat zuerst 1870—1872 die Aufmerksamkeit der Dermatologen auf dieselbe gelenkt und seitdem sind zahlreiche einschlägige Beobachtungen veröffentlicht worden (VIDAL, WIGLERWORTH, TANTURRI, TAYLOR, KÖBNER, DE AMICIS, HARDAWAY, HALLOPEAU, TUNK, SCHWIMMER, CAMPANA, PETRINI, FORDYCE, HARTZELL, BABES, TOUTON, PERIN u. s. w.).

Auf dem Kongrefs zu Rom kam man überein, das Wort „pigmentosum“ durch „haemorrhagicum“ zu ersetzen, um eine Verwechselung mit dem „melanoticum“ zu verhindern, so wie KÖBNER das schon vor längerer Zeit vorgeschlagen hatte.

Ich habe bis jezt gegen 50 Fälle von dieser Form beobachtet, von mehreren derselben kann ich die Abbildungen vorlegen und von zwei frischen Fällen, die innerhalb der letzten Jahre in meiner Klinik zur Beobachtung kamen, werde ich Ihnen die Wachsabdrücke zeigen und die Krankengeschichten mitteilen.

Sarcoma multiplex idiopathicum haemorrhagicum der Extremitäten und der Nase. (Klinische Beobachtung.)

Anton Auriemma, 68 J. alt, aus Bruscian[illegible] Fuhrmann. Keine erbliche Belastung. In seiner Jugend hatte er Schanker und Tripper. Mit 32 Jahren verheiratete er sich, aus der Ehe stammten zwei gesunde Kinder. 1872 bekam er nach anstrengender Thätigkeit zuerst heftige lancinierende Schmerzen in den Fufssohlen, dazu gesellte sich dann Anschwellung und es entwickelten sich zwei bis drei bläuliche Flecke. Drei Jahre später erschienen in der linken Hohlhand an den Wurzeln der Phalangen weinrote Knötchen, während gleichzeitig die Hand anschwoll. Ähnliche Knötchen zeigten sich später auch an den Füfsen in der Gegend des Malleolus externus, sowie auch andere Knötchen von Kichererbsengröfse; einzelne von ihnen ulcerierten und fielen ab und in ihrer Nachbarschaft bildeten sich dafür neue. Vor einem Jahr endlich bildeten sich auch auf dem Handrücken und auf dem unteren Drittel des Vorderarmes ebensolche Knötchen, und ein besonders ausgebildetes Exemplar entstand auch auf dem Nasenflügel.

Status praesens: Das Allgemeinbefinden gut, nur die Ernährung hat etwas gelitten.

Auf der Nasenspitze, etwas mehr nach rechts, sitzt eine rotviolette Geschwulst, von etwa 1 cm Höhe; sie läuft in eine Spitze aus und ist mit kleinen, weifslichen Schuppen bedeckt.

Die linke obere Extremität: An der Streckseite des Unterarmes, in seinem unteren Drittel sitzen drei rotviolette Tuberkel, die je ungefähr Linsengröfse besitzen. Die Hand ist im ganzen geschwollen, die Falten sind verstrichen, und die Bewegungen, namentlich die Beugebewegungen etwas behindert. Auf dem Handrücken gewahrt man mehrere vereinzelt oder in Gruppen stehende Knötchen von rotvioletter Färbung und je stecknadelkopf- bis linsengrofs. Aufserdem zwei gröfsere Tumoren, einer so grofs wie eine Mandel, granulierend, von weichelastischer Beschaffenheit, an der Oberfläche ulceriert und an der Basis gestielt; der andere dicht daneben, grofs wie eine Kichererbse und mit gelbbräunlichen Krusten bedeckt. Auch auf dem vierten und fünften Fingerrücken sitzen kleine Knötchen.

Auf der Hohlhand fühlt man in der stark verdickten Hornschicht kleine vereinzelte Knötchen von Stecknadelkopfgröfse, und an der Cubitalseite des Daumens sitzt eine mandelgrofse, zerfallene, granulierende Geschwulst, die an der Basis gestielt ist und leicht blutet.

Auf dem unteren Drittel des linken Unterschenkels und hier namentlich an der Vorderfläche gewahrt man eine Anschwellung, die nach dem Fufs zu immer stärker wird und in der Gegend der Malleolen am stärksten ist. Diese Anschwellung rührt von einer Infiltration und einem gewissen Ödem der Haut her und beeinträchtigt die Bewegungen des Fufses und des Beines in hohem Grade. Dort, wo die Infiltration am mächtigsten ist, befinden sich aufserdem einzelne braunrote Flecke von der Gröfse eines 1 Centimestückes. Ebensolche Flecke sieht man auch auf dem Fufsgelenk. Auf dem Fufsrücken und den Malleolen gewahrt man umschriebene Infiltrationen von rotbrauner Färbung mit einzelnen violett gefärbten Knötchen.

Auf der Achillessehne sitzt eine nierenförmige, mandelgrofse Geschwulst mit glatter Oberfläche und von violetter Farbe, und auf dem Fufsgelenk noch drei Knötchen von der Gröfse je einer kleinen Kichererbse; eines derselben ist ulceriert.

Eine ebensolche Anschwellung, wie die eben beschriebene, die auch auf die nämlichen Ursachen — Hautinfiltration und Ödem — zurückzuführen ist, befindet sich auch auf dem rechten Unterschenkel; dieselbe ist nur im ganzen etwas geringer. Am äufseren Malleolus, etwas nach hinten gegen die Achillessehne zu, be-

finden sich hier aufserdem zahlreiche Knötchen, die zu erbsengrofsen Gruppen vereinigt sind; sie haben blaurote Farbe, eine glänzende Oberfläche und eine stark elastische, wenig harte Beschaffenheit.

An beiden Fufssohlen besteht Hyperkeratose, an der rechten finden sich aufserdem kleine, stecknadelkopfgrofse, gelblichbraune, sehr harte Erhabenheiten.

Die Harnuntersuchung bietet nichts Abnormes. Das spezifische Gewicht beträgt 1020. Die oxalsauren Krystalle sind spärlich vorhanden und im allgemeinen nur klein.

Subjektive Symptome: Heftige, lancinierende Schmerzen und das Gefühl von starkem Brennen in beiden Füfsen.

Auszug aus dem Kranken-Journal: Patient kam am 3. Dez. 1895 zur Aufnahme und wurde des Versuches halber sofort einer Quecksilberbehandlung unterzogen; er erhielt im ganzen 22 Sublimateinspritzungen, verspürte aber nicht die geringste Besserung danach. Der Tuberkel auf der Nasenspitze wuchs vielmehr sehr schnell und erreichte die Gröfse von ungefähr ½ cm. Ich hörte deshalb mit dem Quecksilber auf und verwandte für die Neubildungen auf den Extremitäten Ichthyolsalbe, gegen die heftigen Schmerzen aber erhielt Patient gegen Abend einen kleinen Löffel voll Bromidia in Wasser aufgelöst. Am 18. Jan. 1896 wurde mit subcutanen Arseneinspritzungen begonnen (Liqu. arsen. Fowl. 2,0—10,0 : Aq. dest. 10,0.). Am 21. Jan. wurde die Geschwulst, die auf der Achillessehne des linken Fufses safs, entfernt, ferner am 10. Febr. diejenigen der Nase, der rechten Hand und des rechten Fufsgelenkes, und zwar erstere mit dem Galvanokauter, letztere mit der Schere. Am 19. März verliefs Patient die Klinik, nachdem er 38 Arseneinspritzungen erhalten hatte. Am 15. Mai liefs er sich wieder aufnehmen, blieb diesmal aber nur wenige Tage, bis zum 29. des nämlichen Monats. Dann stellte er sich uns am 8. Jan. 1897 wieder vor. An den Punkten (der Nase und den Füfsen), wo die Geschwülste entfernt waren, hatten sich keine neuen Knoten gebildet.

Das Ödem der Glieder ist fast ganz verschwunden, dagegen besteht das Brennen in den Malleolen und den Füfsen noch immer. Viele Knötchen aber auf den Händen und Füfsen sind fast ganz eingetrocknet und haben sich mit einer dicken Hornschicht bedeckt.

Dafür haben sich nun freilich neue Knötchen in der Nachbarschaft gebildet, so namentlich am linken Fufs und im unteren Drittel des linken Unterschenkels an dessen Innenfläche; erstere sind kleinerbsengrofs, letzteres erreicht den Umfang einer Kirsche, ist dunkelrot gefärbt, prallelastisch; andere Knötchen sind gefäfsreicher und lassen sich eher ausdrücken.

Seitdem Patient die Klinik verlassen hat, ist er nicht behandelt worden. Das Allgemeinbefinden ist ganz zufriedenstellend.

Sarcoma cutaneum multiplex idiopathicum haemorrhagicum (Gliedmafsen, Scrotum, Mund).

Salvatore Ferrainolo, 60 J. alt, aus Castellammare, Makler. Die Anamnese bietet nichts erwähnenswertes; Patient hat weder Tripper noch Syphilis gehabt. Mit 28 Jahren heiratete er, seine Frau und Kinder sind gesund. Sein Leiden begann im Juni 1894, wie er selber annimmt, infolge heftiger Gemütserregungen, die ein volles Jahr auf ihn einwirkten. Die Krankheit wurde durch ein Gefühl von Brennen in der linken Hand und im Ringfinger eingeleitet, dann stellten sich Schwellung und grofse weinrote Flecke auf der Haut ein. Die nämlichen Erscheinungen spielten sich bald darauf auch auf dem rechten Daumen und Zeigefinger ab und in kaum drei Monaten waren sämtliche Finger ergriffen und die Arme beträchtlich ödematös ge-

schwollen — trotz Jodkaliumbehandlung. Ein Arzt, der das Wesen der Krankheit nicht erkannte, riet ihm nun zu einer Quecksilberkur und er liefs sich ungefähr 100 Sublimateinspritzungen machen, setzte das Mittel dann aber aus, da sich sein Leiden trotzdem immer mehr verschlimmerte. Denn auf Händen und Vorderarmen waren während dieser Zeit neben den Flecken auch noch verschiedentliche braunrote Knötchen entstanden. Nachdem er sich dann etwas erholt hatte, unterzog er sich Ende 1895 einer Arsenikbehandlung; er bekam fast 200 Einspritzungen und fühlte sich danach um vieles besser.

Doch stellte sich im Juli 1896 nach einigen Seebädern, die ihm ein anderer Arzt verordnet hatte, ein Ödem des rechten Unterschenkels ein und die Krankheit nahm nun einen rasch fortschreitenden Verlauf; sie ergriff nun fast die ganze Haut; es bildeten sich überall Knötchen und Tuberkel, die auch das Scrotum nicht verschonten, und ein Gefühl von Schwere, namentlich der Extremitäten, machte sich bemerkbar. In diesem Zustand wurde der Kranke am 11. Febr. 1897 in meine Klinik aufgenommen.

Status praesens: Kräftiger Körperbau; die Haut überall erdfahl.

Auf der behaarten Kopfhaut nichts Abnormes. Das Gesicht im ganzen etwas gedunsen, leichtes Ödem der Augenlider und der Regio subpalpebralis. An dem inneren Teil des linken oberen Augenlides besteht eine rotviolette Verfärbung der im ganzen etwas farblosen Haut; hier liegt nämlich in der Tiefe des Gewebes ein länglicher Knoten von der Gröfse einer kleinen Erbse. An der Regio supraciliaris und an den Wangen ist die Haut infiltriert und mit einzelnen, kleinen, knotigen Gebilden behaftet, die aber noch nicht hervorspringen.

Auf dem Läppchen der rechten Ohrmuschel sitzt ein erbsengrofser Tuberkel, der an der Hinterfläche hervorspringt und rotviolett verfärbt ist. Die ganze hintere Fläche dieser Ohrmuschel ist infiltriert und leicht livide gefärbt, zumal am oberen Rand kleiner tiefliegender Knötchen. Auch in der Regio retroauricularis stöfst man auf solche Knötchen, sieben an der Zahl, jedes so grofs wie eine kleine Erbse, vier oben und drei unten; sie verlieren sich hier in den Haaren. Auch am linken Ohr finden sich Veränderungen. Der Rand der Muschel ist hier infiltriert und an ihrer hinteren Fläche finden sich drei Knötchen, deren gröfstes bohnengrofs ist.

An der oberen Gegend des Halses, in der Medianlinie, liegt ein Tuberkel von der Gröfse einer Haselnufs, links davon zwei weitere Knötchen von Linsengröfse und noch weiter davon nach aufsen, am äufseren Rande des M. Sternocleido-mastoideus, dort, wo sein oberes Drittel mit dem mittleren Drittel zusammenstöfst, sieht man noch zwei Knötchen, die fast in eins verschmelzen und etwas gröfser sind. Vom Nacken findet sich nichts besonderes zu melden.

Die oberen Extremitäten. Die Neubildungen beginnen hier, ziemlich spärlich freilich, schon an den Schultern, werden aber um so reichlicher, je mehr man nach abwärts gelangt, während gleichzeitig auch ihre Gröfse zunimmt; an den Händen fliefsen sie zusammen. Daneben besteht eine Hautinfiltration, deren Stärke mit der Zahl der Neubildungen zunimmt. Aufserdem ist die Haut vom unteren Drittel der Vorderarme abwärts an der Streckseite und am Innenrande diffus braungelb gefärbt und wird auf dem Rücken der Hände und Finger ganz dunkel, während die Hohlhände ihre normale Färbung beibehalten.

a. Die rechte Oberextremität. Am Oberarm sitzen nur wenige Knötchen und zwar namentlich am Aufsenrande; sie sind zumeist recht klein, kaum etwas gröfser als ein Kaffeekörnchen. Auf dem hinteren, oberen Drittel des Vorderarmes befinden sich zwei grofse unregelmäfsig geformte Flecke; der eine derselben, dicht bei der Apophyse des Olecranon, hat die Gröfse eines 10 Centimesstückes; der andere,

etwas tiefer gelegen, ist 5 Francsstückgroſs; sie ragen nur wenig hervor, sind mit feinsten weiſslichen Schüppchen bedeckt und fühlen sich, infolge der Hautinfiltration ringsherum, hart an; durch einen violett gefärbten Streifen sind sie miteinander verbunden.

Längs des Cubitalrandes des Unterarmes, an seiner Beugeseite wie an seiner Streckseite, bis herab zum Handgelenk, sitzen ferner zahlreiche, groſse, zusammenschmelzende Knötchen, darunter sieben von der Gröſse einer Haselnuſs.

Auf dem Handrücken, über dem fünften Metakarpalknochen, gewahrt man drei groſse Gruppen von Knötchen, jede von dem Umfang eines 5 Centimesstückes und voll von Buckeln. Die eine Gruppe sitzt am oberen Ende des Metakarpalknochens, die andere über der Articulatio metacarpo-phalangea und die dritte daneben in dem Spatium interdigitale des kleinen und des Ringfingers. Zwei weitere Gruppen von Tuberkeln lagern über dem ersten Metakarpalknochen, und zwar eine nach der Radialseite hin, von der Gröſse eines 10 Centimesstückes, die andere etwas auswärts vom ersten Spatium interosseum. Diese wird von drei Tuberkeln gebildet, ist fast kreisrund, in der Mitte etwas eingesunken, im ganzen aber über die Haut hervorragend.

Ein maiskorngroſser Tuberkel sitzt auch an der Basis des dritten Metakarpalknochens und drei ebensogroſse an der Articulatio metacarpo-phalangea des Zeigefingers.

Auf den Fingerrücken flieſsen die Neubildungen zusammen und verschmelzen miteinander, so daſs groſse, unregelmäſsige, fast bleifarbene Flecken entstehen, unter denen die Haut stark infiltriert ist. Auf dem kleinen Finger bedecken sie die zweite und dritte Phalange, auf dem Ringfinger die ganze dritte Phalange, senden hier aber noch zwei lange Streifen bis zum ersten Fingerglied hinauf. Am Mittelfinger sind das erste und dritte Glied befallen, sowie auch die Seitenteile des Mittelgliedes; die beiden so entstehenden Streifen vereinigen sich auf der Vorderfläche des Fingers, 1 cm unterhalb des vorletzten Phalangealgelenkes, zu einer krummen Linie. Am Zeigefinger nehmen die Knötchen die letzte Phalange und die Seitenteile der beiden anderen ein, erreichen an der Radialseite den Daumen und münden am oberen Ende des Cubitalrandes in einen groſsen Fleck, der fast das ganze Spatium interdigitale auskleidet. Der Daumen endlich ist ganz von Knötchen überzogen, gleichmäſsig infiltriert und weist einen violettfarbenen Fleck auf, der sich über seine ganze Palmarfläche ausbreitet, sowie kleine dunklere Punkte, die hier und da anzutreffen sind.

Auf der Palma manus bemerkt man innerhalb der Thenargegend eine Gruppe von Tuberkeln, weiter einen groſsen Flecken, der die ganze Hypothenargegend überzieht, sehr hart ist und auf einer beträchtlichen Hautinfiltration ruht. Ferner befindet sich zwischen Zeige- und Mittelfinger ein Tuberkel, der so groſs wie eine kleine Haselnuſs ist und stark hervorragt. Von den Fingern ist anscheinend nur die Haut der beiden ersten Phalangen des mittleren und kleinen Fingers, sowie diejenige aller drei Phalangen des Ringfingers verschont. Nahezu über dem Gelenk der beiden Daumenglieder sitzt ein Knoten mit einer gelblichen, fest haftenden Kruste.

b. Die linke Oberextremität. Wie rechts, so ist auch hier der Oberarm mit einzelnen, etwas gröſseren Tuberkeln versehen, die in der Gelenkfalte des Ellenbogens in einer Linie angeordnet stehen. Auf der Hinterfläche des Gelenkes befinden sich, wie das gleichfalls von der rechten Seite angegeben ist, zwei groſse Flecke. Der Vorderarm ist mit zahlreichen Neubildungen behaftet, die am Cubitalrand zusammenflieſsen, an der Beugeseite spärlicher vorhanden sind und am unteren Drittel sowie am Handgelenk sich zu Gruppen zusammenschlieſsen. Ein solches Verschmelzen der Neubildungen miteinander hat auch auf der radialen Hälfte des Handrückens statt, hier begegnet man sogar Gruppen, die die Gröſse eines 2 Centimesstückes be-

sitzen. Alle Finger, mit Ausnahme des kleinen, sind auf ihrer Rückenfläche von Tuberkeln buchstäblich bedeckt. Die Palmarfläche des Mittelfingers ist in ihrer ganzen Ausdehnung gleichmäfsig infiltriert und violett verfärbt. Auf der Vorderfläche des kleinen Fingers sitzen zahlreiche Knötchen, desgleichen auf der letzten Phalange des Ring- und Zeigefingers und auf beiden Daumengliedern. Zahlreiche Neubildungen sitzen auf der übrigen Hohlhand, der Thenargegend und dem ganzen Hypothenar; hier findet sich auch ein Tuberkel, grofs wie ein 2 Centimesstück.

Infolge der beschriebenen Veränderungen sind Hände und Finger stark verdickt und in ihren Bewegungen behindert.

Auf der Brust und Bauchhaut sitzen zahlreiche Pigmentflecken (Naevi). Beim Bestreichen der Rippengegend fühlt man in der Tiefe Knötchen und Tuberkel, die sich mit dem Auge nicht erkennen lassen. Auf dem Rücken sitzen einige wenige Knötchen.

Die Unterextremitäten. Die Haut am Gesäfs ist voll von grofsen tiefsitzenden Tuberkeln, davon sind einige kastaniengrofs und von Infiltrationen umgeben. Gegen die Rima ani hin und um den After häufen sich die Knötchen und in letzterer Gegend ist die Haut leicht diffus violett gefärbt. Auch am Schenkelansatz, in den Inguinal- und Inguino-Scrotalfalten sitzen viele haselnufsgrofse, hervorragende Knötchen, linkerseits noch ein erbsengrofser, ulcerierter und granulierender Tuberkel.

Von den übrigen Teilen der Oberschenkel sind nur die Innenflächen gleichmäfsig verschont. In der linken Kniekehle sitzen vier Tuberkel von je 5 Centimesstückgröfse, kleinere Neubildungen an der entsprechenden rechten Seite. Vorn auf den Knien befinden sich zwei grofse infiltrierte, sehr harte Flecke mit festhaftenden Schüppchen. Von den Unterschenkeln ist der rechte vom unteren Drittel abwärts bis zum Fufsrücken ödematös. Beide Unterschenkel sind mit Tuberkeln besetzt; der linke mehr als der rechte. Über dem Fufsgelenk werden die einzelnen Neubildungen gröfser. Am rechten Unterschenkel bemerkt man zwei Flecken von der Gröfse je eines silbernen 5 Francsstückes, einen über dem Malleolus externus, den anderen weiter unten über dem Gelenk; hier besteht auch, wie am Knie, violett gefärbte, harte Infiltration. Weiter abwärts gewahrt man noch andere grofse, runde Knoten. Über dem linken Malleolus externus sitzen fünf grofse flache Tuberkel zu einer Gruppe vereinigt, daneben finden sich noch andere. Über dem Capitulum des ersten Metatarsalknochens findet sich ein nagelgrofser, oblonger, violetter Fleck. Von den Zehen ist rechts wie links nur je der mittlere erkrankt; beide sind, bis auf das Nagelglied, gleichmäfsig weinrot verfärbt und mit kleinen hervorragenden Knötchen bedeckt. Die Fufssohlen sind nicht erkrankt.

Die Geschlechtsteile. Auf dem Mons Veneris sitzen mehrere einzelne Knötchen, dazwischen in der Medianlinie und etwas nach rechts eine längliche Infiltration von 5 Centimesstückgröfse und daneben ein runder, kleinerbsengrofser Tumor. Zahlreiche Knoten auf dem Rücken des Gliedes und ein kichererbsengrofser Tuberkel in dem Winkel zwischen Glied und Hodensack. Letzterer ist infiltriert und ödematös und ebenfalls mit Knoten besetzt; auch grofse violette Flecken ziehen sich in verschiedenen Richtungen hin und verleihen ihm ein wechselvolles Ansehen. Die Hoden sind normal.

Die Mundhöhle. Am oberen Drittel des rechten harten Gaumens sitzen zwei violett gefärbte Flecke und daneben zwei tiefe Knoten, während ein dritter Knoten sich auf der rechten Mandel neben dem Zäpfchen befindet.

Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt einen geringfügigen, trockenen Katarrh der Bronchien und leichte Atherose der Aorta und der peripheren Arterien.

In den Leisten finden sich nur wenige Drüsen, in der Nackengegend sind sie

dagegen sehr zahlreich und auch vergrößert, einzelne bis mandelgroß. Eine kleine Drüse findet sich auch in der Regio praeauricularis. — Die subjektiven Klagen drehen sich um Brennen und lancinierende Schmerzen sowie ein Gefühl von Schwere in den Gliedmaßen. Druck auf die Neubildungen wird schmerzhaft empfunden. Der Harn ist normal.

Auszug aus dem Kranken-Journal. Der Kranke kam zweimal in der Klinik zur Aufnahme, das erste Mal vom 11. Febr. bis 14. März 1897. Er hat eine Ergotinbehandlung durchgemacht (täglich 0,5 in Form von Pillen) und erhielt an einem der letzten Tage eine Einspritzung von Liquor arsen. Fowleri. Unter dem Gebrauch des Ergotin entstand rings um die Infiltrationen, namentlich an den Oberextremitäten, eine gelbliche Verfärbung, ähnlich derjenigen, wie sie bei der Hämatinzersetzung beobachtet wird.

Er meldete sich dann am 5. April wieder und blieb bis zum 10. Juni. Zwischen den beiden Aufnahmen hatte er im Hause eine Arsenikkur (asiatische Pillen) durchgemacht. Während seines zweiten Aufenthaltes in der Klinik erhielt er 58 Einspritzungen von Liquor arsenicalis in einer Lösung von 2 : 10—10 : 10. Innerlich wurde dabei wieder Ergotin gereicht, je eine Pille gegen Abend, während die Extremitäten mit Airolsalbe (10,0 : 100,0) behandelt wurden. Das Gefühl von Brennen und von Hitze hat dabei entschieden nachgelassen und anfangs schien auch der Ausschlag sich zurückbilden zu wollen; im ganzen war aber doch am Ende der Behandlung das Ergebnis wenig befriedigend. Wir versuchten es dann noch mit der Einspritzung einer Lösung von Airol in Glycerin und Wasser in die Tuberkel; das war aber so schmerzhaft, daß wir von diesem Verfahren bald Abstand nehmen mußten.

* * *

Diese letztbeschriebene Form ist klinisch genugsam bekannt, so daß ich wohl von einer ausführlichen Beschreibung derselben absehen kann. In ihrem Verlauf lassen sich verschiedene Perioden unterscheiden.

1. Die Periode der Flächeninfiltration mit rotblauen Flecken.

2. Die Periode der telangiektatischen und angiomatösen Neubildung. In dieser Periode entstehen auch rotbraune Knötchen, die bald hart, bald weich und nachgiebig sind und stets eine beträchtliche Schwellung und schmerzhafte Spannung derjenigen Teile, auf denen sie sitzen, herbeiführen, besonders an den Ober- und Unterextremitäten.

3. Die nekrobiotische und kachektische Periode, mit Aussaat in die inneren Organe und tödlichem Ausgang.

Häufig, aber keineswegs immer, werden die vier Extremitäten gleichzeitig befallen, und zuweilen geschieht dies in einer symmetrischen Weise. Der Verlauf ist zuweilen ein rascher, zieht sich aber meistens über längere Zeit hin. Nicht selten, namentlich in der ersten Periode, kommt es zur Rückbildung, die von selber oder nach medikamentöser Einwirkung (Arsen) auftreten kann, wobei dann harte, schwärzliche Flecke zurückbleiben, die noch häufig von einer dicken Hornschicht bedeckt sind und dann ganz das Bild der Haut eines Pachydermen (Hyperkeratosis secundaria) vortäuschen. Den Verlauf der Krankheit anlangend, so ließen die ersten

Beobachtungen vermuten, dafs er nur ein kurzer sei; weitere Fälle lehrten aber, dafs er 20 Jahre und noch länger sich hinziehen könne. Die Krankheit endet meistens mit dem Tode.

Unter dem Mikroskop findet man embryonale Elemente, Spindelzellen, die aus dem Papillarkörper oder aus der Gefäfsgegend der Cutis herstammen. Gegen Ende der Krankheit hat neben Bildung neuer Gefäfse eine Erweiterung bereits bestehender statt, gleichzeitig entwickeln sich hämorrhagische Herde ohne eigentliche Wände; von hieraus dringen die roten Blutkörperchen in die Nachbarschaft und führen durch Zerfall die Pigmentation herbei.

In den härteren Knötchen herrschen die spindelförmigen Elemente vor; sie können sich in festes Bindegewebe mit narbiger Zusammenziehung umwandeln. In den weichen, nachgiebigen, angiomatösen Knoten dagegen, die oft wie rote, elastische Erhebungen aussehen, ist mehr das myxomatöse Gewebe vertreten.

Bei der metastatischen Erkrankung der inneren Organe (Pleura, Magen, Darm, Leber, Knochen) wiederholen sich die nämlichen Formen. Campana hat die gleiche Infiltration der embryonalen Elemente sowohl im Nervenstamm wie auch in den Nervenverzweigungen innerhalb der erkrankten Teile beobachtet. Die Drüsen zeigen keine entsprechende Veränderung.

* * *

Über die Klassifikation unserer Krankheit haben sich die Meinungen in den letzten Zeiten wesentlich geändert. Mit Recht ist der Einwand erhoben worden, man könne sie nicht als Sarkom bezeichnen, sie sei vielmehr ein Granulom (Kundrat, Paltauf, Maiocchi), denn sie besitzt nur ein umschriebenes Wachstum, die Neubildungen wachsen nicht ins Grenzenlose, sondern es entwickelt sich nur eine Anzahl von Knötchen; auch kann es zur völligen Rückbildung kommen — lauter Eigenschaften, die in den Rahmen der sarkomatösen Formen nicht hineinpassen. Dennoch aber, wenn wir alles in Erwägung ziehen — den histologischen Aufbau mit dem Vorherrschen der Gefäfse und der Spindelzellen in verschiedener Anordnung; das Auftreten von echten Sarkomen in den inneren Organen während der letzten Periode der Metastase, von Sarkomen, wie sie auch primär an diesen Stellen auftreten können (und wie das auch bei einem meiner Fälle vorgekommen ist, wo sich an Tibia und M. Peroneus ein typisches Sarcoma telangiectoides bildete); die Ähnlichkeit im Bau dieser primären Hautgeschwülste mit den metastatisch entstandenen Sarkomknötchen — wenn wir das alles, sage ich, in Erwägung ziehen und dabei das ganze Krankheitsbild ins Auge fassen, dann müssen wir doch wohl zugeben, dafs die Sarkomatose der Haut in naher Verwandtschaft zum

Sarkom stehe. Das ist ja gewifs: in allen Punkten stimmen beide Formen nicht miteinander überein, trotzdem aber mufs man das primäre Hautsarkom als einen Typus für sich gelten lassen, der in der Mitte zwischen Sarkom und Granulom steht. Kaposis Vorschlag, das Hautsarkom als Sarkoid zu bezeichnen, ist daher vollkommen berechtigt, denn es ähnelt dem Sarkom. Die nämliche Bezeichnung könnte man auch für die Mykosis fungoides wählen, die sich klinisch wohl von unserm Sarkom unterscheidet, pathologisch-anatomisch aber manche Berührungspunkte mit ihm hat. Ja, es will mir fast scheinen, als sei das Verhältnis des multiplen, idiopathischen Hautsarkoms Kaposis zur allgemeinen Sarkomatose das nämliche, wie dasjenige des Lupus zur Tuberkulose der anderen Organe, einschliefslich der Haut. Wie häufig erzeugt doch die nämliche Krankheitsursache Störungen, die morphologisch und klinisch gründlich von einander verschieden sind. Könnte das Nämliche nicht auch für das Sarkom zutreffen, dessen Keim je nach seiner Lokalisation, den verschiedenen Bedingungen sich anpassend, verschiedene Formen und verschiedene Ausgänge bewirkte? Ich komme demnach zum Schlusse, dafs es bei dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse nicht richtig erscheint, die Hautsarkomatose von der Familie der Sarkome zu trennen, wenn auch zuzugeben ist, dafs die oben erwähnten Bedenken ihre Berechtigung haben.

* * *

Ätiologie und Pathogenese sind noch in tiefstes Dunkel gehüllt. Wir wissen noch garnichts von den Ursachen der Krankheit. Vererbung und Syphilis sind hierbei von gar keiner Bedeutung.

Vorherrschend wird das männliche Geschlecht befallen. Von den 50 Fällen, die mir zur Beobachtung kamen, betraf keiner eine Frau; und aufser den drei von Dauchez, Köbner und Schattück mitgeteilten Beobachtungen bezogen sich alle Veröffentlichungen bis jetzt nur auf Männer.

Die Krankheit kommt in allen Lebensaltern, am häufigsten allerdings bei Erwachsenen vor. Unter meinen Fällen befindet sich ein Kind von 5 Jahren und ein junger Mensch von 15 Jahren.

In den nördlichen Provinzen Italiens ist sie sehr häufig. Über Ursache und Pathogenese befinden wir uns in völliger Unkenntnis. Bei dem jetzigen Stande unserer Wissenschaft genügt auch die Cohnheimsche Lehre von den embryonalen Keimen, für die ich mich in meiner ersten Veröffentlichung (1882) ausgesprochen hatte, nicht mehr und man ist eifrig auf der Suche nach etwaigen Mikrobien. Was nun diesen letzteren Punkt anbelangt, so mufs ich berichten, dafs alle unsere diesbezüglichen Bemühungen auf meiner Klinik bis jetzt erfolglos geblieben sind. Die Untersuchung des Bluts und der Gewebe fiel vollkommen leer aus, ebenso

die Impfungen auf Tiere. Auch das von SANFELICE angegebene blastomycetische Verfahren förderte nichts positives zu Tage.

Somit werden durch die auf meiner Klinik angestellten Versuche die von KÖBNER und FROSCH im Jahre 1890 mitgeteilten Erfahrungen bestätigt, während das von PRINGLE in einem Falle erhaltene Ergebnis bis jetzt noch vereinzelt dasteht.

Bei dem Sarcoma multiplex idiopathicum KAPOSIS legte das gleichzeitige Auftreten zahlreicher Neubildungen auf allen vier Extremitäten den Gedanken nahe, ob nicht vielleicht eine Störung der trophischen Nerven bestehe, so zwar, dafs durch Schwächung ihrer regulatorischen Thätigkeit die Ernährung der normalen Elemente litte, wodurch dann andere, vom Embryonalleben herrührende Keime, die sich bis dahin nicht geregt hatten, zu einem üppigen Wachstum gelangten. Es ist dies ja die bekannte Lehre CONNHEIMS, der ich mich in meiner ersten Veröffentlichung angeschlossen hatte. Diese Ansicht hat mein Kollege CAMPANA in einer sehr lesenswerten Abhandlung (*Dermatosi neuropatiche.* Genua 1895) ausgesprochen. Er teilt darin seine Untersuchungen über das Nervensystem bei einem Falle von Hautsarkom mit, und da er gefunden hatte, dafs die neoplastische Infiltration selbst den Nerven und seine Verzweigungen nicht verschont, so schlofs er daraus, dafs die Hauterkrankung erst die Folge der Nervenveränderung sei, dafs durch letztere erst eine ebensolche neoplastische Infiltration in dem dazu gehörenden Hautbezirk bewirkt werde. In seiner letzten Veröffentlichung vom Mai 1897, betreffend einen Fall, der mit Hemiatrophia facialis kompliziert war, hält er an dieser seiner Ansicht fest und wirft die Frage auf, ob nicht diejenigen Hautveränderungen, die man heute als sarkomatöse betrachtet, für rein trophische Störungen angesprochen werden könnten, und dafs ihnen eine Erkrankung peripherer oder centraler Nervenorgane zu Grunde liege.

Eine derartige Auffassung spricht unserer Krankheit jeden neoplastischen Charakter ab und stellt sie als einfache Dystrophie dar. Bei dem Mangel jeglicher Kenntnis von der Pathogenese ist diese Ansicht nicht von der Hand zu weisen und ich empfehle sie der Beachtung des Kongresses.

Es mag also immerhin die Möglichkeit zugegeben werden, dafs das Hautsarkom unmittelbar in der geschilderten Weise durch nervöse Störungen hervorgerufen werde. Um so unwahrscheinlicher klingt dagegen die andere Annahme, es komme dadurch zu stande, dafs ein anderes Sarkom mit einem ursprünglichen Sitz im Nerven die Funktion dieses letzteren beeinträchtige. Das Nervensystem vermag auf die Gewebe einzuwirken, indem es vasomotorische und trophische Störungen in den vorhandenen Gebilden veranlafst und dadurch eine Vergrößerung und rascheres Wachstum, d. h. eine Hypertrophie und Hyperplasie dieser

Gebilde hervorruft, aber wie der nervöse Einfluſs eine Neoplasie und eine Desorganisation des von ihm versorgten Gewebes herbeiführen könnte, das vermag ich nicht einzusehen. — Aufserdem aber bliebe das Wachstum des Sarkoms im Nerv noch immer unerklärt. Alles in allem ist es daher immer noch am wahrscheinlichsten, anzunehmen, dafs durch eine und dieselbe Ursache nicht nur das Sarkom der Haut, sondern auch gleichzeitig oder sekundär die Infiltration der Nerven bewirkt werde, und dafs durch letztere dann die gewöhnlichen trophischen und vasomotorischen Störungen zu stande kommen, welche die Symptomatologie der Neubildung noch vervielfältigen. Ähnlich stellen wir uns den Vorgang ja auch bei anderen Krankheiten, z. B. bei der Lepra vor.

* * *

Differentiell-diagnostisch ist wohl nur bei oberflächlicher Betrachtung eine Verwechselung des Sarcoma multiplex pigmentatum haemorrhagicum mit der Lepra, der Syphilis, der Mykosis fungoides möglich, denn bei genauerer Prüfung der einzelnen Erscheinungen wird man sehr bald die Unterschiede zwischen diesen verschiedenen Formen erkennen.

Die Prognose ist immer mit Vorsicht zu stellen, aber man soll eine Heilung niemals für ganz ausgeschlossen halten. Gerade meine Erfahrungen aus den letzten Jahren veranlassen mich, diesen Standpunkt einzunehmen. Die Rückbildung kommt viel leichter während der Periode der makulösen Infiltration zu stande; häufig übt dann aber das rückbleibende gefärbte, sklerotische Narbengewebe einen Druck auf die darunterliegenden Teile aus und behindert den Lymphstrom (Unterschenkel), wodurch es dann sekundär zu elephantiastischer Erkrankung in den Teilen kommt. — Zuweilen ereignet es sich auch, dafs die ganze Neubildung, Knötchen und Geschwülste, vollkommen verschwinden.

Die Behandlung.

Die chirurgische Behandlung giebt nur beim einfachen, nicht pigmentierten, idiopathischen Sarkom Aussicht auf Erfolg. Beim melanotischen Sarkom sind die durch die Exstirpation gesetzten traumatischen Reize von den traurigsten Folgen; als Beleg weise ich auf den von mir veröffentlichten Fall hin (Busch: Über die Gefahren bei der Exstirpation melanotischer Hauttumoren. *Berl. klin. Wochenschr.* 1880. No. 16).

Beim idiopathischen hämorrhagischen Sarkom (Typus Kaposi) darf das Messer zum Zweck der Heilung nur angewandt werden, wenn es sich um einen einzelnen neoplastischen Herd handelt, nicht aber, wenn viele Knoten auf den Extremitäten verteilt sind; in diesem letzteren Fall dürfen die Knoten nur, soweit sie lästige Symptome machen, operativ entfernt werden.

Die Quecksilberbehandlung ist in den meisten Fällen zwecklos und sogar gefährlich, und nur unerfahrene Beobachter konnten sich über den Wert dieses Mittels täuschen, indem sie die von selbst eintretende Besserung dem Einfluſs des Quecksilbers zuschrieben. Diese vollkommene Wirkungslosigkeit der Hg-Präparate erhellt auch wieder aus der Krankengeschichte der beiden Fälle, die in diesem Jahr auf meiner Klinik zur Aufnahme kamen, und von denen ich Ihnen Wachsnachbildungen vorgelegt habe. — Das nämliche gilt auch von der Jodbehandlung und nur von dem Arsen ist eine günstige Einwirkung zu vermelden.

Auf dem Kongreſs zu Rom habe ich berichtet, daſs von 11 subcutan mit Arsen behandelten Kranken 5 keine nennenswerte Besserung erkennen lieſsen; bei zweien wurde eine wesentliche Besserung erzielt und vier waren so glücklich, einen Stillstand der Krankheit und ein Verschwinden der bereits vorhandenen Neubildungen zu erleben. Jetzt kann ich zu den verschiedenen Fällen von Heilung, die Köbner (Köbner: Heilung eines Falles von allgemeiner Sarkomatose der Haut durch subcutane Arsenikeinspritzungen. *Berl. klin. Wochenschr.* 1883.) und Schättuk veröffentlicht haben, zwei weitere aus meiner eigenen Praxis hinzufügen.

Der erste Fall betrifft einen jungen Menschen von 15 Jahren (vergl. die beigefügte Krankengeschichte), der an Hautsarkomatose mit zahllosen kleinen blauroten Geschwülsten und schwarzfleckigen Infiltrationen aller vier Extremitäten erkrankt war, der solche Neubildungen selbst im Gesicht und auf der Schleimhaut des Isthmus faucium aufwies, und der nach 100 Einspritzungen von Liquor arsenicalis Fowleri völlig geheilt wurde. Ich habe ihn in der Sitzung der Academia medico-chirurgicalis zu Neapel vom 28. Februar 1897 vorgestellt und kann hinzufügen, daſs die Heilung nun bereits ein Jahr andauert.

Der andere Fall von fast völliger Heilung betrifft einen Mann von 52 Jahren, bei dem die Krankheit im Jahre 1891 begann und damals für Syphilis erklärt wurde; er erhielt bis zum Jahre 1893 ganz zwecklos 60 Sublimateinspritzungen. Ich bekam den Kranken dann zu sehen, erkannte die Natur des Leidens und unterwarf ihn einer Behandlung mit subcutanen Arseneinspritzungen. Die Infiltrationen an den Armen und Beinen, am Rumpf, an den Ohrmuscheln, am Istmus faucium und am Larynx verschwanden vollständig. Bekanntlich haben die Infiltrationen am Kehlkopf schon häufig die Atmung behindert und eine Tracheotomie nötig gemacht. Im vorliegenden Falle kam diese Operation aber gar nicht in Frage.

Auch diesen Patienten habe ich der königlich ärztlich-chirurgischen Akademie zu Neapel vorgestellt (Sitzung vom 11. April d. J.).

Freilich erhält man mit der Arsenikbehandlung nicht immer so günstige Ergebnisse, da manche Fälle auch diesem Verfahren gegenüber

sich recht hartnäckig erweisen. Man kann sogar, von therapeutischen Gesichtspunkten ausgehend, die multiple, idiopathische, hämorrhagische Sarkomatose in zwei Klassen teilen; in die eine kämen diejenigen Fälle, bei denen das Arsen Erfolg hat, in die zweite die anderen. Da wir aber zur Zeit diese beiden Gruppen durch kein Mittel unterscheiden können, so wird man in jedem einzelnen Falle die Arseneinspritzungen versuchen müssen. Diese klinische Ununterscheidbarkeit hat Fordyce (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Januar 1891) zu dem wohl nicht unrichtigen Ausspruch veranlafst, bei unserer Unkenntnis vom wahren Wesen der in Frage stehenden Krankheit sei die Annahme berechtigt, dafs zwei Fälle, die klinisch ähnlich oder identisch erscheinen, doch durch ganz verschiedenartige Ursachen bedingt sein könnten. Die Pathogenese ist also der dunkle Punkt, den die Forschung noch wird aufzuhellen haben; ein eingehendes Studium der Nosographie und der pathologischen Anatomie dieser Krankheit wird ihr dazu behülflich sein.

Schlufssätze.

1. Das Sarcoma multiplex, idiopathicum, haemorrhagicum ist ein gut abgegrenzter und von dem nicht pigmentierten Sarkom, dem melanotischen Sarkom und der Mykosis fungoides verschiedener Typus.

2. Seine nosographische Stellung ist ihm zwischen dem Granulom und dem echten Sarkom (Sarkoid) anzuweisen.

3. Seine Natur ist bis jetzt unbekannt.

4. Eine Heilung ist nicht ausgeschlossen, besonders mit Arsen.

* * *

Sarkomatose der Haut. Arsenbehandlung. Heilung.

Krankengeschichte. Ernest Marino aus Teano, 15 Jahre alt, stammt von ganz gesunden Eltern; in der ganzen Familie ist niemand mit einem ähnlichen Leiden, wie er es jetzt darbietet, behaftet.

Vor zwei Jahren zeigte sich die Krankheit zuerst in Form einer geringen Anschwellung über dem linken Fufsgelenk und dem unteren Drittel des Unterschenkels, dazu gesellten sich eine eigentümliche Verfärbung der Haut und weinrote infiltrierte Flecken, die an Zahl und Ausbreitung immer mehr zunahmen und schliefslich überall auf dem Unterschenkel zu finden waren.

Ähnliche Veränderungen stellten sich 4 Monate später auch auf der rechten Unterextremität ein, nur dafs sich hier auch noch kleine Tuberkel entwickelten; etwas später wurden nacheinander auch die linke und die rechte Hand befallen. Über nennenswerte subjektive Beschwerden hatte Patient nicht zu klagen.

Juli 1895. Status praesens. Gut genährter Mensch. Haut und sichtbare Schleimhäute etwas blafs.

Linker Unterschenkel. Der ganze Unterschenkel ist bis über das Fufsgelenk gleichmäfsig geschwollen; gegen die Knöchel hin nimmt die Schwellung an Stärke noch zu.

Die Haut ist schmutziggelb gefärbt und mit zahlreichen, weinroten Knötchen versehen, die sich auf Druck nicht verändern und meistens vereinzelt stehen; nur auf dem Fufsgelenk verschmelzen sie miteinander. Sie bestehen aus kleinen Infiltrationen von Erbsen- bis Bohnengröfse, stehen in Gruppen nebeneinander oder neben gleichgefärbten Flecken.

Auf dem Fufs ist die Haut in anderer Weise infiltriert; die Hornschicht ist an mehreren Punkten merklich verdickt, wie narbig. Auch hier finden sich übrigens kleine Knötchen etwa von der Gröfse einer kleinen Kichererbse; sie sitzen auf den Zehen und der dem Fufsgewölbe entsprechenden Gegend.

Der rechte Unterschenkel. In der Leistengegend befindet sich ein violett gefärbter Fleck von 5 Francsstückgröfse; derselbe ist etwas über die umgebende Haut erhaben und durch das Zusammenschmelzen kleiner Knötchen zu stande gekommen; letztere fühlen sich hart elastisch an und sind in der Cutis gebettet.

Ähnliche tuberkuläre Infiltrationen gewahrt man auch auf der Innenfläche des Oberschenkels. — Auf dem Unterschenkel und dem Fufs wiederholt sich so ziemlich das vom linken Bein gezeichnete Bild.

Linke Oberextremität. Am Ellenbogen befindet sich eine kleine eiförmige, infiltrierte Zone, deren gröfster Querdurchmesser ungefähr 3 cm mifst, weinrot gefärbt ist und sich aus kleinen, dichtstehenden Knötchen zusammensetzt. Daneben etwas tuberkuläre Infiltration über der Apophyse des Proc. styloideus.

Die Beugeseite des Daumens ist fast überall gleichmäfsig infiltriert, und an der Hand ist die Infiltration noch beträchtlicher, besonders aber an den Fingern, wo die Tuberkel zahlreicher sind und mit einander verschmelzen, so dafs die Beugung der Fingerglieder erschwert und beschränkt ist.

Auf dem rechten Handrücken herrschen die Flecken vor, während sich auf der Hohlhand und den Fingern Knötchen und Tuberkel befinden, wie linkerseits.

Die Schleimhäute sind normal. Die Drüsen der Leistengegend sind nur wenig geschwollen; einige haben die Gröfse einer Kichererbse, sind schmerzlos und beweglich. — An den inneren Organen ist nichts abnormes.

Patient hat keine nennenswerten Beschwerden, klagt nur über Behinderung beim Gehen, was eine Folge der Anschwellung und Infiltration der Beine ist. Er wurde dem Asyl für Unheilbare überwiesen, blieb dort aber nicht sehr lange, sondern verliefs es bald wieder und liefs sich von mir im September des nämlichen Jahres untersuchen. Damals war die Krankheit unverkennbar im Ansteigen begriffen, denn sie hatte sich auch auf Gesicht und Mundhöhle ausgedehnt und hier folgende Veränderungen gesetzt:

Die Mundhöhle. Der Isthmus faucium ist in seiner rechten Hälfte von einer neoplastischen Masse eingenommen, die rundlich, haselnufsgrofs und rot-violett verfärbt ist. Aufserdem ist sie von unregelmäfsigen Furchen durchzogen, davon einzelne recht tief sind. Sie fühlt sich hornhart an, hat aber eine unverletzte Oberfläche und steht offenbar in Beziehungen zur Mandel. Auf dem oberen Teil der linken Mandel thront eine ebensolche Neubildung, die zwar etwas kleiner ist, sonst aber die nämlichen Eigenschaften besitzt.

Das Gesicht. Auf der linken Wange, wenige Centimeter von der Lippenkommissur entfernt, ist ein kleinerbsengrofser Knoten zu fühlen, der tief im Gewebe drinsitzt und seine Anwesenheit durch eine matt-violette Verfärbung auf der Hautoberfläche verrät. Zwei ebensolche Knötchen sitzen auf dem linken Ohr, der eine im oberen Teil der Muschel, der andere im Ohrläppchen.

Ich verordnete dem Kranken subcutane Arseneinspritzungen, 4,0 Liq. Fowleri

auf 16,0 Aq. dest. und steigerte diese Lösung bis zum Verhältnis von 1 : 1. Täglich wurde 1 g eingespritzt.

Bei einer späteren Untersuchung am 16. Juni 1896 waren nun alle krankhaften Erscheinungen aus dem Gesicht, vom Stamm, von den Oberextremitäten, von den Ober- und Unterschenkeln und aus der Mundhöhle spurlos verschwunden und es blieb nur ein leicht elephantiastischer Zustand im unteren Drittel des rechten Unterschenkels zurück.

Auf der Innenseite des linken Fufses bemerkt man über dem Fufsgewölbe noch zwei kleine rötliche Tuberkel, ein weiterer, linsengrofser, bläulicher, sitzt auf der Planta pedis, umgeben von einer geringgradigen, bläulich verfärbten Infiltration. Auch auf dem rechten Fufsrücken, und zwar nach aufsen, sitzen zwei kleine, bläuliche, stecknadelkopfgrofse Tuberkel. Diese Neubildungen sind innerhalb der letzten vier bis fünf Monate wieder aufgetreten; sie waren aber nach 60 Arseneinspritzungen völlig verschwunden.

Ich begann nun dieselbe Behandlung von neuem, nachdem sie eine zeitlang ausgesetzt war, und nach einer zweiten Reihe von 40 Einspritzungen war alles verschwunden. Patient zeigte am 27. Februar 1897 keine Spur seiner Erkrankung mehr, so dafs ich ihn am folgenden Tage der königlich medizinisch-chirurgischen Akademie zu Neapel als geheilt vorstellen konnte.

Sarkomatose der Haut. Arsenbehandlung. Auffällige Besserung.

Cuttano Mathieu, 52 Jahre alt, aus Foggia, verheiratet, hat gesunde Kinder seine Eltern waren nie nennenswert krank und keiner in seiner Familie war mit einem ähnlichen Leiden wie er behaftet.

Im Jahre 1891 bemerkte er zuerst blaurote Flecke und knotige Infiltrationen auf der Haut der Ober- und Unterextremitäten. Ein Arzt, der diese Erscheinungen für syphilitisch hielt, machte ihm 60 Sublimateinspritzungen und liefs ihn reichlich Jodkalium nehmen, hatte aber gar keinen Erfolg damit. Vielmehr dehnten sich die Infiltrationen und die Verfärbungen auch auf den Stamm, die Kopfhaut, das Gesicht, die Ohren aus und verschonten auch den weichen Gaumen und den Schlund nicht. Die Stimme wurde heiser und es traten Erstickungsanfälle auf, die jeden Augenblick die Tracheotomie notwendig machen konnten. Die laryngoskopische Untersuchung liefs auf den Aryknorpeln und im Kehlkopf ähnliche Infiltrationen erkennen.

Im März 1893 untersuchte ich den Kranken auf das Sorgfältigste und stellte die richtige Diagnose. Ich leitete nunmehr eine subcutane Arsenbehandlung ein und nach 60 Einspritzungen von Liq. Arsen. Fowl., in anfangs schwächeren Lösungen, später in Lösungen von 1 : 1, erzielte ich eine wesentliche Besserung und die Notwendigkeit einer Tracheotomie wurde beseitigt. Die Infiltration am Gaumen verschwand gänzlich und im Oktober des nämlichen Jahres war auch von den Hautknoten fast nichts mehr zu sehen und die Stenose des Larynx war kaum mehr wahrnehmbar.

Patient, der unter Malaria und Bronchialkatarrh viel gelitten hatte, unterliefs jede weitere Behandlung, bis im März 1895 die Infiltrationen von neuem auftraten und man wieder mit der Arsenbehandlung beginnen mufste. Diese wird nun jedes Jahr wiederholt und Patient erhält allemal 60 Einspritzungen. Als ich ihn am 26. März 1897 wiedersah, waren die kleinen Hautgeschwülste verschwunden, auch diejenigen an den Ohren waren nicht mehr sichtbar, und an Stelle der früheren harten Tuberkel bemerkt man nur eine geringfügige, weiche, farblose Schwellung, die mit

einem kleinen Fibroma molluscum Ähnlichkeit hat. — Auf den Händen und Beinen findet sich nichts mehr und nur auf dem Rumpf befinden sich noch einige bräunliche atrophische Flecke.

Ein geringerer Grad von Aphonie ist noch immer vorhanden. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man auf dem einen Stimmband eine graugefärbte Klappe, die etwa so aussieht, wie die auf dem Ohr zurückgebliebene Infiltration.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Versammlungen.

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

Dr. Samuel Sherwell stellte einen Fall von **Alopecia areata** vor. Die 23jährige Patientin ist in den Vereinigten Staaten geboren, verheiratet, Mutter von vier Kindern, von denen das jüngste 13 Monate alt ist. Vor 3 Jahren hatte sie eine Attacke von universeller Alopecie, welche als eine Folge von Syphilis gedeutet wurde; sie erholte sich jedoch rasch davon, und auch ein ungefähr ein Jahr später eingetretenes Recidiv ging ebenfalls vorüber. Der gegenwärtige Zustand hat ungefähr 6 Monate bestanden; am Kopfe fanden sich unregelmäfsig verteilt mehrere kahle Stellen, und namentlich auf dem Scheitel waren etliche schärfer markierte Gebiete. Sowohl die erste wie die gegenwärtige Attacke traten während der Zeit des Stillens auf.

Dr. H. H. Morton stellte einen Fall mit folgendem Krankenbericht vor: Ein 17jähriges Mädchen aus Kanada. Etwa im 11. Lebensjahr hatte sie einen Ausschlag an den Wangen, welcher ca. 8 Monate bestehen blieb und dann ohne spezielle Behandlung verschwand. Nach einigen Monaten jedoch trat derselbe wieder ein (wie die Kranke angiebt) und dauerte dieses Mal 3 Jahre. Auf der rechten Wange sieht man drei Flecke von der Gröfse eines 10-Centstückes ungefähr und auf der linken Wange eine ähnliche etwa von der Gröfse eines Halbdollars (Zweimarkstück). Die Stellen fühlen sich hart an, ihr Centrum ist weifs, die Ränder rot. Schuppenbildung besteht nicht und der Juckreiz ist nur unbedeutend. Die Diagnose ist unklar. — Dr. Sherwell diagnostizierte den Fall als **Lupus erythematodes** und empfahl die Anwendung von Lotio alba.

Dr. Colby als Gast stellte zwei Fälle von **Dermatitis exfoliativa epidemica** (Savills Krankheit) vor. No. 1. Ein 40jähriger Mann aus den Vereinigten Staaten zeigte im November 1896 an den Knöcheln der linken Hand einen papulös-vesikulösen Ausschlag, welcher am folgenden Tage sich bis auf den Ellenbogen ausdehnte und von da sich rapide weiter ausbreitete, bis die gesamte Körperoberfläche ergriffen war. An einigen Stellen hatte der Ausschlag Ähnlichkeit mit einem Eccema papulovesiculosum, an anderen mit einem makulösen Syphilid. Von Anfang an war eine deutliche Neigung zur Schuppenbildung zu erkennen, sowohl an den erkrankten Stellen als auch an den nicht beteiligten Gebieten der Hautoberfläche. — No. 2. Ein 20jähriger Mann gleichfalls aus den Vereinigten Staaten. Vorgeschichte günstig. Die vorliegende Erkrankung stammt von einer kleinen Papel, welche sich in der linken Achselhöhle gebildet hatte, 3 Wochen bevor Patient zum Arzte kam. Fast zur selben Zeit traten die Papeln an beiden Händen an den Knöcheln hervor, und von

diesen Herden aus verbreitete sich der Ausschlag über den ganzen Körper weiter. An einigen Stellen sah der Ausschlag wie ein papulöses Ekzem aus, an anderen wie Pityriasis maculata circinata.

Dr. Sherwell zeigte einen Fall von **Epithelioma contagiosum** des Gesichts, des Kinns und Gesäfses. Es handelte sich um ein 4jähriges, gesundes Kind. Am Gesicht, den Wangen, der Stirn, der Oberlippe und am Gesäfs bestanden rupiaartige Läsionen von der Beschaffenheit eines pustulösen, borkenbedeckten Syphilids. Über dem rechten Auge sah man eine oder zwei kleine Tumoren wie Mispelbeeren, wodurch die Diagnose der anderen Läsionen wesentlich erleichtert wurde. — Dr. Morton sagte, dafs er durch diesen aufsergewöhnlich stark entwickelten Fall an einen anderen erinnert werde, bei welchem die Diagnose auf syphilitisches Granulom gestellt worden war. Dr. Morton fragte, wie viel Zeit die Entwickelung der verschiedenen Stadien in Anspruch nehme, worauf Dr. Sherwell eine Dauer von 2—3 Monaten angab.

Dr. Winfield berichtete über einen Fall von **einseitigem Erythem**. Die Kranke war wegen eines Anfalles von vermeintlichem Gelenkrheumatismus in King's County Hospital überwiesen worden. Sie gab an, seit 18 Jahren an Elephantiasis der rechten Seite gelitten zu haben. Als Redner die Frau zuerst sah, war sie bereits in extremis. Die ganze rechte Seite war hell scharlachrot; über der rechten Lunge fand sich ein Dämpfungsgebiet; der rechte Ellenbogen war geschwollen und empfindlich, und an der rechten Wade war Fluktuation nachzuweisen. — Autopsie. In der Tiefe der Wade fand sich eine mit Eiter angefüllte Tasche, sowie eine Vereiterung am rechten Ellenbogen nebst septischer Pneumonie. Redner fragt, ob nach den Erfahrungen der Anwesenden solche Eitersenkungen bei Elephantiasis häufiger vorkommen. Er erinnerte sich eines Falles von tropischer Elephantiasis, bei welchem nach charakteristischem Fieber ein grofser Abscefs des Oberschenkels sich ausgebildet hatte.

Dr. Morton stellte einen Fall von **Acne cachecticorum** vor. Es handelte sich um einen 20jährigen Jungen, Vagabund, der mit 14 Jahren die ersten Anfänge der Affektion aufwies. Patient leidet auch an periodischem Irresein (Folie circulaire) und zeigt ferner eine Dämpfung an beiden Lungenspitzen.

Dr. Sherwell schilderte einen Fall von **kongenitaler Ichthyosis**. Es ist dies das zweite Mitglied derselben Familie. Zur Zeit befindet es sich in King's County Hospital in der Behandlung von Dr. Winfield. Letzterer teilte mit, dafs es jetzt noch am Leben sei, aber aller Wahrscheinlichkeit nach nicht sehr lange mehr aushalten werde.

Zwei Fälle von **Ichthyosis**, von Dr. Sherwell vorgestellt. I. Ein 7jähriges Mädchen, in den Vereinigten Staaten geboren, von italienischen Eltern stammend, zeigt am ganzen Körper mit Ausnahme von Kopf und Gesicht eine ichthyotische Beschaffenheit der Haut. Bemerkenswert ist, dafs die Schilddrüse gar nicht entwickelt zu sein scheint. — II. Ein 5jähriger Knabe mit der nämlichen Ausbreitung der Affektion, aber mit nachweisbarer Schilddrüse. Drei andere Geschwister zeigten keine Andeutungen des Leidens. — Bei der Diskussion erwähnte Dr. Morton einen im King's County Hospital von Dr. Winfield behandelten Fall. Unter der Anwendung von Tartarus emeticus war eine Besserung eingetreten, indem die Haut feuchter und biegsamer wurde und die Schuppenbildung abnahm. Dr. Sherwell sagte, dafs er die Heredität nicht als einen unbedingt notwendigen Faktor ansehe, wenn es auch freilich nichts Ungewöhnliches sei, in derselben Familie mehrere Fälle von Ichthyosis anzutreffen; seiner Meinung nach gehe Kaposi zu weit in seinen Annahmen. Was die Behandlung anbetrifft, schreibt er dem Brechweinstein und Ipecacuanha eine gewisse

günstige Wirkung zu, doch sei dieselbe nur temporär, und da alle Mittel nur eine Linderung, aber keine Heilung zu erzielen vermögen, bezeichnet er einfache Vollbäder oder türkische Bäder im Verein mit Einreibungen von Unguentum leniens oder Öl mit Salicylsäure als eben so gut wie irgend welche anderen therapeutischen Maßregeln.

Von Dr. JEWETT wurde ein **Fall zum Diagnostizieren** vorgestellt: Ein 38jähriger Mann, von Geburt Irländer, hatte seit einem Jahre einen entzündlichen Purpurafleck am Bein, ohne Juckreiz oder andere subjektive Erscheinungen außer einem gelegentlichen geringen Schmerz; die entzündliche Stelle sieht ekzematös aus. — Dr. SHERWELL hält die Erkrankung für Rheumatismus mit gleichzeitigem Ekzem und, trotzdem der Erkrankte kein Jucken an der affizierten Stelle zu haben behauptet, dürfte diese Behauptung wohl nicht ganz korrekt sein. Dr. MORTON diagnostiziert den Fall als Purpura haemorrhagica.

Ein Fall von **kongenitaler Hypertrophie** der linken Seite, vorgestellt von Dr. WINFIELD. Der 20jährige Patient ist in den Vereinigten Staaten geboren. Die linke Seite des Körpers, das Gesicht, die Arme und Beine messen 1 bis 4 Zoll mehr als die rechte Seite. Am rechten Beine waren die Venen stark varikös. Außerdem befand sich auf der Brust, dem Arm und der Hand der rechten Seite ein großer Naevus. Bei dem Falle wurde als besonders bemerkenswert hervorgehoben, daß diese Entwickelung in einem gewissen Zusammenhang zu stehn scheine mit einer intensiven Verbrennung, welche die Mutter im sechsten Monat der Gravidität erlitten hatte. — Dr. MORTON glaubt, es dürfte eine kongenitale Verengung der linken Vena iliaca oder vielleicht aller Venen der linken Seite vorliegen, sowie vielleicht auch eine Verminderung des Lumens der Bauch- und Brustvenen. Dr. FRAZIER warf die Frage auf, ob nicht eine Verdünnung der Venenwandungen bestehen könnte. Dr. SHERWELL schlägt quoad therapiam einen festen gut angepaßten Verband vor anstatt der von Dr. WINFIELD in Aussicht genommenen chirurgischen Maßregeln.

Ein Fall von **secernierender Fistel über dem rechten Ellenbogen** bei einer 41jährigen Patientin. Dr. FRAZIER vermutet, daß die Fistel mit der Bursa synovialis in Zusammenhang stehe und diese Diagnose wird von den Anwesenden bestätigt. Er empfiehlt Ätzen mit Höllenstein, Dr. MORTON hingegen ist für eine Incision und Curettement, während Dr. WINFIELD für Resektion der Bursa stimmt.

Dr. NAPIER berichtet über einen Fall von **Scarlatina**, bei welchem vor dem charakteristischen Ausschlag sich Schuppenbildung der Haut und Ödem an den Augen eingestellt hatte. Die Schuppenbildung nahm bis zum dritten oder vierten Tage zu. Dr. SHERWELL bemerkt, daß diese ungewöhnlichen Erscheinungen vielleicht von einer gleichzeitigen Seborrhoea sicca herrühren könnten.

Dr. JEWETT stellt den folgenden **Fall zur Diagnose**: Eine 35jährige Frau aus den Vereinigten Staaten klagt über einen roten erhabenen Fleck von einem halben Zoll Durchmesser auf der linken Wange. Die Läsion trat vor anderthalb Jahren zuerst auf und hat sich in den letzten vier Monaten sehr schnell weiter ausgebreitet. Redner hat an Lupus erythematodes gedacht. Bei der Diskussion stellt Dr. FRAZIER die Diagnose auf einfache Rosacea. Dr. SHERWELL neigt zu der Diagnose Lupus erythematodes. Dr. MORTON will keine bestimmte Diagnose stellen, da die Krankheit weder von Lupus noch von Akne charakteristische Symptome darbiete. Dr. WINFIELD stimmt für Acne rosacea.

Dr. MORTON stellte einen Fall von **Xanthom** vor. Am Canthus internus beider Augen sieht man einen kleinen gelben Tumor von der Größe einer halben Erbse und einen ähnlichen Fleck am unteren Augenlid der linken Seite. Dr. WINFIELD stimmt der Diagnose bei und empfiehlt die Entfernung der Gebilde durch Elektrolyse.

Dr. Morton zeigte einen Fall von **Seborrhoe der Oberlippe** oder Sykosis parasitica. Der Diagnose Eccema seborrhoicum stimmten alle Anwesenden zu.

Dr. Mosher zeigte einen Fall von **Acne rosacea.**

Dr. Frazier zeigte einen Patienten aus dem King's County Hospital mit **maligner, ulceröser, sekundärer Syphilis.** Das Primärsyphilid wurde vor vier Monaten bemerkt; die ganze Hautoberfläche war mit tiefen Geschwüren dicht besetzt; alle sekundären Symptome waren in äufserst maligner Form hervorgetreten.

Dr. Morton zeigte einen **neuen Katheter** zur Drainage der Blase nach der Urethrotomia externa. Der Katheter besitzt an dem einen Ende eine Öffnung ähnlich wie bei den Bougies fürs Rectum und ferner drei oder vier Schlitze am Schaft nebst einem einzuhängenden Haken, wodurch die alte Methode der Befestigung mittelst einer Sicherheitsnadel ersetzt wird.

Dr. Morton präsentierte alsdann einen **Fall zum Diagnostizieren.** Die Anamnese ergab, dafs der 20jährige Mann vor zehn Jahren an Schanker gelitten hatte. Drei Wochen bevor er zu M. kam, war ein knötchenförmiger Ausschlag, welcher in manchen Beziehungen Ähnlichkeit mit Folliculitis darbot, am Kinn aufgetreten. Die Diagnose schwankte zwischen Eccema barbae, Eccema seborrhoicum und recidivierender tertiärer Syphilis. Dem Redner sind gelegentlich ähnliche Affektionen der behaarten Teile des Gesichts begegnet, bei denen andere Ärzte die Diagnose auf Herpes tonsurans gestellt hatten. Bei der Diskussion sagte Dr. Winfield, es scheine ihm sich um ein Recidiv der Syphilis zu handeln, während Dr. Raynor der Diagnose Folliculitis zuneigte. Dr. Morton hatte auf den ersten Blick allerdings an recidivierende Syphilis gedacht, aber bei näherer Betrachtung sei er dazu gekommen, diese Diagnose aufzugeben zu Gunsten von Sykosis parasitica.

Ferner stellte Dr. Morton einen Fall von **Lupus am Gesäfs** vor: Ein 57jähriger Deutscher ohne hereditäre Belastung und mit guter Vorgeschichte und ohne syphilitische oder andere Infektion hatte vor 12 Jahren am rechten Oberschenkel und Gesäfs eine Hautaffektion bemerkt, über welche er Prof. Lücke und Kussmaul befragte. Die Läsionen wurden mit dem Glüheisen und dem Ätzstift behandelt, worauf Besserung eintrat. Vor drei Jahren hatte er wieder Beschwerden davon und ging deshalb zu einem Arzte in New-York, der erst Syphilis und dann Lupus diagnostizierte. Da nach einer antisyphilitischen Behandlung keine Besserung eintrat, wurde auf Lupus behandelt. Die Läsion bietet folgende Beschaffenheit dar: Am rechten Gesäfs findet sich ein Gebiet 4 Zoll lang und 4 Zoll breit, welches Sitz eines dunklen, etwas fleckigen, purpurroten Ausschlags ist. Die erkrankte Stelle ist mit Narben dicht besetzt; es sind dies die Überreste früherer Tumoren. Daneben finden sich ziemlich zahlreiche Knötchen, von denen aber keine die charakteristische apfelgeléeartige Beschaffenheit des Lupus erkennen lassen. An subjektiven Beschwerden sind ein geringer Juckreiz und etwas Schmerzen zu erwähnen. Bei der Diskussion stimmte die Gesellschaft im allgemeinen der Diagnose Lupus zu, obgleich die Symptome dieses Leidens nicht in derselben Weise vorhanden seien, wie man sie an anderen Stellen antrifft. Dr. Morton sagte, dafs er unter Anwendung der Eliminationsmethode zu demselben Resultate gelangt sei.

Ein **Fall zum Diagnostizieren** von Dr. Morton vorgestellt: Ein 10jähriges Mädchen hatte nach unbedeutenden Prodromalerscheinungen, Unbehagen und Fieber einen über den ganzen Rumpf verbreiteten allgemeinen Bläschenausschlag dargeboten. Der hinzugezogene Arzt hatte eine weifse Präcipitätsalbe verschrieben, aber nachdem dieselbe zwei- bis dreimal angewandt worden war, stellte sich ein papulo-vesikulärer Ausschlag ein, welcher von beträchtlichem Jucken und Unbehagen begleitet war und

den ganzen Rumpf sowie die Beine und Arme ergriff. — Dr. Jewett glaubt, dafs es sich um einen Fall von Varicellen handelte, bei welchem durch den Reiz der Salbe eine Dermatitis hinzugekommen war. Dr. Mosher teilte mit, dafs ihm vor kurzem ein ganz ähnlicher Fall begegnet sei, weshalb ihm der vorgetragene Bericht besonders interessant war. Er habe bei seinem Falle die Diagnose auf Varicellen-Dermatitis gestellt. Dr. Morton lenkte die Aufmerksamkeit namentlich auf das eigentümliche, lichenartige Aussehen der Papeln; die Bezeichnung Lichen medicamentosus dürfte wohl eine sehr passende Benennung sein. Dr. Winfield sprach die Ansicht aus, dafs der Reiz der Salbe eben so leicht zur Entzündung der Talgdrüsen Anlafs geben könne, wie durch den Reiz einer Hitzeeinwirkung Entzündung der Schweifsdrüsen entsteht.

Dr. Raynor zeigte einen Fall von **Epithelioma contagiosum** der Extremitäten. Die gröberen Veränderungen erinnerten sehr an Impetigo, aber bei genauerer Betrachtung erkennt man die pathognomonischen Tumoren von mispelartigem Aussehen.

Dr. Winfield stellte den folgenden **Fall zur Diagnose** vor: Eine 23jährige Israelitin hatte nach Überstehen eines Abdominaltyphus einen kleinen schwarzen Auswuchs auf der rechten Wange bemerkt. Derselbe hat schnell zugenommen und nimmt jetzt ein Gebiet von mehr als Daumennagelgröfse ein; er ist von jetschwarzer Farbe und mit der Haut zusammen beweglich. An subjektiven Erscheinungen sind scharfe, stechende Schmerzen und Druckempfindlichkeit zu nennen. Patientin ist ein kräftig entwickeltes Mädchen mit rotem Haar und einer Disposition zur Entwickelung von Sommersprossen. Hereditäre Belastung irgend welcher Art ist nicht zu eruieren und abgesehen von genanntem Abdominaltyphus ist die Patientin stets vollkommen wohl gewesen. — Bei der Diskussion erklärte sich Dr. Morton für die Diagnose Verruca melanotica. Die anderen Anwesenden wollten sich zu einer bestimmten Äufserung nicht entschliefsen. Dr. Winfield hatte auch eine Verruca angenommen, doch glaubte er wegen der begleitenden Symptome des Schmerzes und Brennens, dafs vielleicht ein Übergang zur Malignität, zur Krebsbildung in der Entwickelung sei.

Dr. Manley als Gast stellt einen Patienten mit folgender Anamnese vor: Der 35jährige Mann, Deutscher von Geburt, hatte vor vier Monaten eine Rhagade in der Mitte der Lippe acquiriert; die Läsion kam nicht zur Heilung, sondern dehnte sich weiter aus und bildet jetzt ein grofses Geschwür mit indurierten Wänden von der Gröfse ungefähr eines Zehn-Cent-Stückes. — Bei der Besprechung des Falles lehnte Dr. Sherwell es ab, eine bestimmte Diagnose zu stellen, doch ging seine Meinung dahin, dafs es sich um ein **Epitheliom** handele; es könne auch sein, dafs die ursprüngliche Fissur durch syphilitisches Virus oder durch irgend welche anderen pyogenen Organismen infiziert worden sei und er rät daher zu einer Behandlung, welche zur Aufklärung der Diagnose dienen würde. Dr. Morton hält die Syphilis für ziemlich zweifellos ausgeschlossen wegen der Härte des Geschwürsgrundes und der eigentümlichen Drüsenschwellung. Die Drüsen sind, wie es scheint, am Kiefer festgewachsen; in Anbetracht dieser Verhältnisse neigt er zu der Diagnose Epitheliom. Dr. Thomas wies darauf hin, dafs ein gleichzeitiges Vorhandensein der beiden Affektionen (Syphilis u. Epitheliom) nicht ein Ding der Unmöglichkeit wäre und dafs die Drüsenaffektion zweifelsohne metastatischen Ursprungs sei.

Dr. Winfield erwähnt bei dieser Gelegenheit einen im King's County Hospital behandelten Patienten, der an Schanker der Lippe litt. Während längerer Zeit bot das Geschwür das Aussehen eines Epithelioms dar, es trat aber eine ausgesprochene Besserung nach Einleitung einer gründlichen antisyphilitischen Kur ein. — Dr. Manley führte aus, dafs nach den Angaben des Patienten die Induration sich sehr schnell entwickelt hatte, und er fragte, ob es unter den obwaltenden Umständen möglich wäre,

dafs es sich um ein carcinomatöses Geschwür handelte. Dafs man es hier mit Osteosarkom zu thun habe, bezweifelte er stark. Ferner fragte er an, wie lange man die zuletzt genannte Behandlungsweise mit guter Berechtigung fortsetzen könnte. Dr. Sherwell empfahl, den Versuch drei bis vier Wochen hindurch fortzusetzen, und wenn nach Ablauf dieser Zeit eine Besserung nicht eingetreten wäre, könne die Diagnose Syphilis mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden. Dr. Morton hatte vorher nicht verstanden, dafs Dr. Manley gesagt hatte, die Krankheit wäre so rapide fortgeschritten; dieser Umstand würde gegen die Annahme eines Osteosarkoms sprechen. Dr. Thomas bittet Dr. Manley, ein Stück des Gewächses behufs mikroskopischer Untersuchung zu beschaffen.

Dr. Jewett stellt folgenden Fall vor: Ein 30jähriger Mann aus den Vereinigten Staaten. Gesicht, Stirn und Kopfhaut waren erythematös affiziert gewesen und hatten gejuckt. Das Allgemeinbefinden war ausgezeichnet. Er hatte die Gewohnheit, sich den Kopf täglich dreimal abzuwaschen. — Dr. Morton bezeichnete die Affektion als Dermatitis oder als Erythema capitis und meinte, dafs **Erythema persistens capitis** eine passende Benennung sein dürfte.

Dr. Jewett hat folgenden Fall behandelt: Ein 35jähriger Deutscher hatte seit drei Monaten an einem Ausschlag an den Händen gelitten, welcher nach Ansicht des Vortragenden durch die Einwirkung der Luft im Verein mit dem durch eine starke Chlorkalklösung gesetzten Reiz bedingt war. Die Behandlung hatte in Einreibungen mit einer 50% Ichthyolsalbe bestanden. — Dr. Morton diagnostiziert **Eccema madidans.** Dr. Jewett sagte, die Affektion sei durch die Anwendung der konzentrierten Ichthyollösung günstig beeinflufst worden. Dr. Sherwell glaubt, dafs im allgemeinen die starken Ichthyolsalben nicht so günstig wirken wie die mildern etwa im Verhältnis von 5—15%; er hat auch gefunden, dafs manche Fälle durch wässerige Lösungen schneller geheilt werden, als bei Anwendung von fetten. — Dr. Winfield bezeichnet die Affektion als ein Beschäftigungsekzem; auffallend sei es, dafs der Kranke jahrelang der starken Chlorkalklösung ausgesetzt gewesen war, ohne jemals bis vor kurzem irgend welche Hautentzündung acquiriert zu haben; der Fall sei analog dem an den Händen von Buffetwärtern und Waschfrauen zu beobachtendem Ekzem. Betreffs der Verwendung von konzentrierten Ichthyolsalben stimmt er dem Vorredner bei; eine so starke Salbe dürfte nur von sehr wenigen Patienten gut vertragen werden.

Dr. Manley und Dr. Winfield berichteten über einen Fall von Erythema scarlatiniforme. Der Patient war in Dr. Manleys Klinik im Brooklyn Throat Hospital aufgenommen worden, und der Krankenbericht lautet folgendermafsen: Der Ausschlag war von hellroter Farbe, hatte sich zuerst an den Händen gezeigt und hatte sich dann schnell weiter ausgebreitet, bis die gesamte Hautoberfläche ergriffen war. Die Ähnlichkeit mit Scharlach war sehr ausgesprochen. An den beteiligten Partien stellte sich alsdann Abschuppung ein. Der Fall war als **Erythema scarlatiniforme** diagnostiziert worden, und alle anwesenden Vereinsmitglieder stimmten dieser Auffassung bei.

Dr. Winfield erstattete Bericht über einen anderen, auf seiner Abteilung im King's County Hospital behandelten Fall derselben Art. Seinen Erfahrungen nach sind diese Fälle bei jungen kräftigen Leuten am häufigsten zu beobachten; er möchte sich zu der Auffassung bekennen, dafs es sich um eine Abart von Erythema multiforme handele.

James M. Winfield, M. D.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Remscheid.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Frage der Histogenese des elastischen Gewebes, von M. Gardner. (*Biolog. Centralbl.* 1897. No. 11.) Verfasser wählte zum Studium der Histogenese als besonders geeignet die Fruchthüllen verschiedener Tiere; dieselben sind dünn, durchsichtig, leicht von einander trennbar, die Zellen liegen in den isolierten einschichtigen Platten weit genug von einander, um genau beobachtet werden zu können. Aufserdem ist die Gewebsbildung eine so intensive, dafs man fast sämtliche Stadien der Gewebsbildung in derselben Hülle zu sehen bekommt. Für die Untersuchung leistete die besten Dienste die Taenzer-Unnasche Fuchsinmethode, der Verfasser noch einige Modifikationen gab. Die Untersuchung führte zu folgenden Schlüssen: 1. Die elastische Substanz tritt im Zellprotoplasma in Form feinster, meist sphärischer, selten unregelmäfsig gestalteter Ablagerungen auf. Weder dem Kerne, noch der die Zellen umgebenden Zwischensubstanz ist irgend eine unmittelbare resp. überhaupt sichtbare Beteiligung an dem Prozesse zuzuschreiben. 2. Die Ablagerungen der elastischen Substanz fliefsen dann später zu feinsten Fädchen zusammen. Diese Konfluenz geschieht sowohl in den Grenzen einer einzigen Zelle, als auch in den Grenzen mehrerer untereinander anastomisierender Zellfortsätze, in beiden Fällen aber stehen die neugebildeten Fäden in keiner Beziehung zum Zellkerne und verlaufen immer parallel seiner Krümmungsfläche in einiger Entfernung von ihm. 3. Die in den benachbarten Zellen gebildeten elastischen Fäden vereinigen sich zu einem dicken Faden, zu dem sich in einiger Entfernung noch ein aus mehreren Fäden zusammengesetzter Faden hinzugesellt u. s. w.; es resultiert somit eine mehr dickere Faser, deren Durchmesser gleich der Summe der Durchmesser der die Faser zusammensetzenden Komponenten ist. 4. Die Verteilung des elastischen Gewebes, wie verschieden sie auch erscheinen mag, in Form weit- oder feinmaschiger Netze, in Form einzelner verzweigter oder unverzweigter Fortsätze, wird immer durch eine ähnliche charakteristische Verteilung der Zellen, die die Fasern produzieren, präformiert; irgend ein aktives Auswachsen von elastischen Fasern in die extraprotoplasmatische Substanz wird nirgends beobachtet. Das Wachstum der Fasern geschieht nach dem Typus der Apposition. — Verfasser schliefst hieran noch weitere Erörterungen über die Struktur der elastischen Fasern. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Entwickelung der kollagenen Bindegewebsfibrillen bei Amphibien und Säugetieren, von W. Flemming. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.* 1897. Anat. Abt.) Durch Untersuchungen, welche Flemming an den grofsen Bindegewebszellen des parietalen Bauchfells der Salamanderlarven machte und schon im Jahre 1891 veröffentlichte, ist Verfasser zu dem Resultate gelangt, dafs sich die kollagenen Bindegewebsbündel innerhalb des Zellprotoplasmas entwickeln. Da aber seitdem Merkel wieder für eine extracelluläre Anlage der Fibrillen eingetreten ist, nahm Verfasser seine diesbezüglichen Arbeiten wieder auf, und diesmal ist es ihm gelungen, auch im sogenannten Gallertgewebe der Säugetiere nachzuweisen, dafs die Bindegewebsbündel intra- und nicht extracellulär entstehen. Die überzeugendsten Präparate hat Flemming aus den Bindegewebszellen des Salamanderlarvenbauchfells erhalten, und zwar sind die Anlagen der kollagenen Bindegewebsfasern am klarsten in jenen

Zellen zu sehen, welche in Teilung begriffen sind. In den ersten Phasen der Mitosen verdickt sich nämlich der Zellkörper um etwas, und nun kann man mit Sicherheit entscheiden, daſs die straff-parallelen oder leicht geschlängelten Fibrillen in ihm liegen. Da sich der Zellkörper in den folgenden Metaphasen allmählich kontrahiert, so nehmen die in ihm liegenden Fibrillen infolge ihrer Elastizität eine stark geschlängelte Form an, um in den Stadien der Anaphasen, wo die Kontraktion wieder nachläſst, allmählich wieder ihren parallelen Verlauf anzunehmen. Im sogenannten Gallertgewebe — welches eigentlich nichts anderes, als ein mucinhaltiges, ödematöses Bindegewebe ist —, wie im Kiemenblättchen der Salamanderlarve und in der Nabelschnur der Säugetierembryonen, sind die Bindegewebsfibrillen auch immer nur innerhalb des Zellleibes und des Ausläufernetzes, welches die Zellen vielfach miteinander verbindet, zu sehen, niemals aber in den klaren Massen, welche die Lücken ausfüllen. — Schlieſslich erörtert noch Flemming die Frage der späteren Wachstumsfähigkeit und des Stoffwechsels der Fibrillen und meint, man dürfe annehmen, daſs die Bindegewebsfibrillen, wie auch die Intercellularsubstanz im allgemeinen, kein totes, inertes, sondern ein lebendiges Gewebe seien. *C. Beck-Budapest.*

Beitrag zur Morphologie des Nagels, von Vignier. (*Morpholog. Arbeiten,* herausgegeben von Schwalbe. 1896. Bd. VI, Heft 3.) Verfasser hat die Nägel von 50 Affen, 7 Halbaffen und 81 Menschen untersucht und dabei vorzüglich die Krümmungsverhältnisse der Nägel und das Verhalten des von Boas zuerst nachgewiesenen „Sohlenhornes" berücksichtigt. Er hat unter anderem gefunden, daſs sich die Nägel der Affen und Menschen im allgemeinen sehr ähnlich sehen, abgesehen von der Form: Der Nagel ist nämlich bei den Affen (mit Ausnahme der groſsen Zehe bei den Anthropoiden) stets kuppenförmig, beim Menschen platt. Das „Sohlenhorn" kommt beim Menschen ebenfalls und zwar in nicht ganz seltenen Fällen vor, es hat gleiche Form und Richtung, nur ist es nicht so hoch wie bei den Anthropoiden. Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daſs lange, schmale Nägel mit starker transversaler und erheblicher longitudinaler Krümmung und stark entwickeltem Sohlenrudiment als affenähnlich aufzufassen sind. Es bleibt nun übrig, die Häufigkeit solcher Nägelformen, namentlich bei den niederen Menschenrassen, nachzuweisen.

C. Müller-Genf.

Über die Ursachen der Entwickelung des Bartes, von Moritz Schein. (*Pest. med.-chir. Presse.* 1897.) In einer früheren Arbeit hat der Verfasser bekanntlich ausgeführt, daſs die Haarentwickelung parallel geht der Intensität der Hauternährung und umgekehrt proportional ist dem Flächenwachstum. Damals konnte er aber das Haarkleid der Säugetiere und das Wachstum des Bartes nicht mit dieser Hypothese in Einklang bringen, was ihm nach seinen Ausführungen nunmehr gelungen ist. Der Bart wächst, sobald die stärker sich entwickelnden Gesichtsmuskeln eine lebhaftere Ernährung der Haut bedingen, bei geringem Flächenwachstum der letzteren. Wo beide Momente zusammenkommen, entwickelt sich der Bart, da das reichlicher zufliefsende Blut nicht zum Flächenwachstum gebraucht wird und dem Haarwachstum zur Verfügung steht. Diejenigen Gesichtsmuskeln, welche bei ihrem Wachstum das Flächenwachstum nicht befördern, sind: Orbicularis oris, Mentalis, Masseter, Pterygoidei, Platysma myoides, Buccinatorius, Diaphragma oris, nicht konstant der Triangularis und Quadratus menti. Kinder bekommen keinen Bart, weil Muskulatur und Haut lebhaft wachsen, Frauen, weil bei ihnen das rasche und lebhafte Wachstum der Gesichtsmuskeln ausbleibt. Von Tieren haben diejenigen einen Bart, bei denen die mimischen Muskeln sehr entwickelt sind, eine starke Differenzierung der Gesichtsmuskeln stattgefunden hat. Verfasser führt nun des weiteren diesen Gedanken durch

und sucht ihn durch die verschiedensten Erwägungen zu begründen. Ob ihm das gelungen, bleibe dahingestellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Beziehungen des Haarsystems zur Färbung der Haut, von Ad. Bloch. (*Bull. de la Soc. d'anthropol. de Paris.* 1896. Bd. VII.) Verfasser hat gefunden, dafs die Dichte des Haares in umgekehrtem Verhältnis steht zur Pigmentierung der Haut, d. h.: je dichter der Haarwuchs, um so heller die Hautfarbe. Die Weifsen erfreuen sich der stärksten Entwickelung der Kopf-, Bart- und Körperhaare, während die Neger die kürzesten Haare haben; dazwischen stehen die gelbe und die rote Rasse mit intermediärer Entwickelung des Haarsystems. Bei pigmentarmer oder -loser Haut findet sich der Farbstoff in den Haaren wieder, die dementsprechend dann auch reichlich entwickelt sind. Dasselbe findet sich in der Tierwelt wieder: so besitzt der braune Bär einen dunkelbraunen Pelz, während die Rachen- und Zungenschleimhaut, die beim weifsen Bären ganz schwarz, garnicht pigmentiert ist; das exotische Negerhuhn hat ganz schwarze Haut und Knochenhaut, dagegen ein weifses Gefieder. Haut und Iris der Albinos sind im embryonalen Leben pigmentlos, ihre Haut dagegen bei der Geburt mit mehr oder weniger dichtem Flaum bedeckt. Jenes Verhältnis der Hautpigmentierung zum Haarwuchse läfst sich auch bei jenen Völkerschaften nachweisen, welche trotz eines ziemlich starken Haarwuchses eine dunkle Hautfarbe zu besitzen scheinen (Aïnos, Todas, Australier). *C. Müller-Genf.*

Über das Pigment in Haut und Haar des Negers, von John Abel und Walter Davis. (*The Journal of experimental Medicine.* Bd. I, No. 3. 1896.) Verfasser gewannen die gesamte Epidermis einer Negerleiche; sie fanden das Gesamtgewicht des löslichen Pigments etwa 1 g. Die Pigmentkörner können auf verschiedene Weise aus ihren Zellen befreit werden; sie sind unlöslich in Alkalien, Säuren, Alkohol etc.; sie müssen erst mit verdünnter Salzsäure, dann mit heifsen verdünnten Alkalien behandelt werden, um sich zu lösen. Das Pigment enthält nur ganz wenig Eisen; es scheint kein Derivat des Hämoglobins, sondern eins der Proteide der parenchymatösen Flüssigkeiten zu sein. Das Pigment von Epidermis und Haar ist wahrscheinlich identisch. Ebenso unterscheidet es sich nur durch die Menge von dem in der Haut des Weifsen abgelagerten. *F. Hahn-Bremen.*

Mikroskopische Technik.

Neuer Apparat zur Untersuchung der Kontraktilität des Protoplasmas, von C. B. Morrihy (*Il Policlinico* No. 2. 1897). Der Apparat dient zur mikroskopischen Untersuchung lebender Gewebe und Zellen (Spermatozoen, Leukocyten, Cilienzellen etc.) und besteht aus einer viereckigen Platte mit einer runden Öffnung in der Mitte zur Aufnahme des zu untersuchenden Präparates. Diese Öffnung wird umspült von einem warmen Luft- und Wasserstrome, welcher die Lebensfähigkeit der Zellen unterhält. *C. Müller-Genf.*

Tinktorielle Präokkupation und subtraktive Tinktion, von P. G. Unna (*Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskop. u. f. mikroskop. Techn.* 1896. S. 454—457.) M. Heidenhain hat unter dem Namen „subtraktive Tinktion" ein neues kombiniertes Färbungsverfahren eingeführt. Da er erkannt, dafs die Centralkörperfärbung durch Eisenhämatoxylin um so vollkommener ist, je rascher die Differenzierung in Eisenalaun vor sich geht, versuchte Heidenhain die Entfärbung zu beschleunigen. Zu diesem Zwecke suchte er die Affinitäten des umgebenden Zellprotoplasmas vorher zu sättigen, und zwar durch Bordeaux R., welches zu Protoplasma und Kern, aber nicht zum Central-

körper eine auffallende Affinität zeigt. Die folgende zweite Färbung färbt nur den von der ersten wenig oder gar nicht angegriffenen Rest des Gewebes, diesen aber um so stärker und kann deshalb bei der folgenden Entfärbung rasch vom übrigen Gewebe entfernt werden. Ein Teil des Gewebes wird auf diese Weise der Hauptfärbung entzogen, daher der Name „subtraktive" Färbung. — Diesem Verfahren entspricht nun ein schon vor drei Jahren von UNNA in diesen Heften publiziertes und als „Präokkupation" bezeichnetes. Er empfahl bei Färbung der Hornbakterien die Hornsubstanz mit Orange und saurem Orcein etc. vorzufärben, dann erst Methylenblau zu verwenden, und bediente sich dieser Präokkupation auch bei der Darstellung des Oberhauthyalins etc. — UNNA wie HEIDENHAIN gingen von der Voraussetzung aus, daſs die tinktoriellen Vorgänge auf chemische Eigenschaften zurückzuführen sind. — UNNA betont die Identität der später publizierten HEIDENHAINschen Methode mit der seinigen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bakteriologie.

Der Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen, von P. G. UNNA. (*Deutsche Med.-Ztg.* 1896. No. 99.) In FLEMMINGscher Lösung gehärtete, sonst ungefärbte Leprakuoten zeigen die Bacillen als schwarze Fäden, Körnerhaufen oder Körnerreihen in gebräunten Schleimklümpchen oder freiliegend. Die Leprabacillen wie der Schleim reduzieren Osmiumsäure. Färbt man die Knoten nach kurzem Lagern in Alkohol und Einbetten in Celloidin mit Alkannin und Cyannin, so färben sich Bacillen und Schleim rot, resp. blau, wie alle Fettsubstanzen. Die Osmiumfärbung gelingt auch an kurze Zeit in Alkohol gehärteten Präparaten; das Fett scheint also schwer extrahierbar. Dasselbe Verhalten zeigen Tuberkelbacillen, deren Reinkultur zu Versuchen verwendet wurde. Auch hier ist das Fett schwer extrahierbar, wenigstens durch kalten Alkohol und Äther. — Zu empfehlen ist es, die in FLEMMINGscher Lösung gehärteten, in Celloidin eingebetteten Stücke zu schneiden und die Schnitte eine Nacht in Glycerin zu legen, dem man einige Tropfen 1%iger Arg. nitr.-Lösung zugesetzt hat. Zweckmäſsig (0,5% Sublimatöl bei Lupus, Chaulmoograöl 1 auf Olivenöl 3 bis 4 bei Lepra.

Anhangsweise berichtet Verfasser, daſs in jüngster Zeit zwei amerikanische Forscher, E. A. DE SCHWEINITZ und MARION DORSET, den Fettgehalt der Tuberkelbacillen gefunden und seiner chemischen Natur nach bestimmt haben. Sie stellten fest, daſs der Fettgehalt 37% des Trockengewichts beträgt. Das Fett enthält flüchtige Fettsäuren in sehr geringer Menge. Palmitinsäure, Laurinsäure und wahrscheinlich Arachinsäure (Schmelzpunkt 102° C. löslich in 85% heiſsem Alkohol). — Weitere Arbeiten über diesen Punkt stammen von CRAMER, HAMMERSCHLAG, DZIERSZOWSKI, REKOWSKI. — DELBANCO stellte in letzter Zeit fest, daſs Typhus-, Diphtherie-, Kartoffel-, Rhinosklerom-, Rotzbacillen, Bacillus der Pseudotuberkulose, Bakterium coli commune fettfrei sind. In sehr alten Tuberkelbacillenkulturen scheint der Fettgehalt abzunehmen. Daſs die Säurefestigkeit von dem Fettgehalt abhängt, konnte DELBANCO leicht erweisen; entfettete Bacillen lassen sich durch Säuren rascher entfärben, als fetthaltige. Die tinktoriellen Eigentümlichkeiten der in Rede stehenden Bacillenarten scheinen durch diesen Fettgehalt leichter erklärlich. EHRLICH hat die Säurefestigkeit durch eine für Säuren schwer durchgängige Hülle zu erklären gesucht. Jedoch ist sicher die starke Basophilie der Bacillenleiter dabei von gröſserer Wichtigkeit, jedoch macht sie nicht alles verständlich. Die Erfahrung, daſs Einwirkung von Alkalien die Färbung der Lepra- und Tuberkelbacillen erleichtert, ist erklärlich, wenn man den Fettgehalt berücksichtigt; die Alkalien beseitigen das Hindernis, welches die

Fettmoleküle dem Eindringen der Farbstoffe entgegensetzen. Ebenso sind die anderen die Färbung begünstigenden Stoffe durch ihre Beziehungen zum Fett von Bedeutung. Die Erhitzung erleichtert die Färbung, weil durch den heifsen Alkohol die Fette extrahiert werden.

Aus seinen Beobachtungen zieht Verfasser eine Reihe klinischer und therapeutischer Schlüsse. Der Fettgehalt erklärt die schwere Zugänglichkeit der in Rede stehenden Bacillen für Heilpotenzen, Gewebssaft, Antiseptica. Ebenso ist der Nutzen der flüssigen Fette verständlich, weil diese das schwer lösliche Fett der Bacillen leichter zugänglich machen. — Erklärt werden durch des Verfassers Beobachtungen auch die Angabe Bienstocks, der nicht säurefeste Bacillen durch Züchtung auf butterhaltigen Böden säurefest machen konnte.

In letzter Zeit hat auch Klebs unabhängig von den anderen Autoren den Fettgehalt der Tuberkelbacillen festgestellt und auch ähnliche Bemerkungen über die Bedeutung desselben für die Färbung gemacht. — Alle diese Feststellungen dürfte die Hüllentheorie der Säurefestigkeit endgültig beseitigen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Smegma- und Tuberkelbacillen, von R. Bunge und A. Trautenroth. (*Fortschr. d. Med.* 1896. No. 23—24.) Die Ergebnisse der Arbeit Schuchardts über tuberkulösblennorhoischen Oberflächenkatarrh hat Kraske bestritten, indem er auf die Verwechslung des Tuberkelbacillus mit dem Smegmabacillus hinwies. Diese ist in der That leicht möglich. Klarheit hierin zu schaffen ist um so schwerer, als die einwandsfreie Züchtung des Smegmabacillus noch nicht gelungen ist. Diese Klarheit ist aber nötig, da bei Erkrankungen des Urogenitalapparates Verwechslungen leicht vorkommen können, die für den Patienten weitgehendste Folgen nach sich ziehen. Verfasser weisen auf die Fälle hin, in welchen Tuberkulose der Niere etc. diagnostiziert wurde, weil Smegmabacillen mit Tuberkelbacillen verwechselt wurden. Ein Fall wird ausführlich geschildert. Auf die Tuberkulinreaktion und den Befund der Bacillen, die gleich Tuberkelbacillen sich färbten, wurde die Diagnose auf Nierentuberkulose gestellt, während die Operation eine Pyelonephritis ascendens ergab. Dieser Fall bewog die Verfasser nach Unterscheidungsmerkmalen zwischen Smegma- und Tuberkelbacillen zu suchen, speziell eingehend die ersteren zu studieren. Man findet die Smegmabacillen auf der ganzen Haut, die Fett secerniert, besonders aber an den männlichen und den weiblichen Genitalien. Letztere enthalten sie in grofser Menge, besonders zwischen dem Labium majus und minus. In die Uretha dringen sie wenig oder gar nicht ein. Der durch Katheter entleerte Urin enthielt in 7 untersuchten Fällen infolgedessen keine Bacillen, während sie im spontan gelassenen Urin reichlich vorhanden waren. — Die Resistenz der Smegmabacillen verschiedener Herkunft gegen Entfärbungsmittel, besonders gegen Alkohol, scheint keine gleiche. — Die Gestalt der Smegmabacillen variiert sehr; vielleicht handelt es sich gar nicht um einen einheitlichen Mikroorganismus. Eine Körnelung kommt bei ihnen wie bei den Tuberkelbacillen vor; es läfst sich mit der Weichselbaumschen Methode eine Doppelfärbung erzielen — rote Körner in blauen Bacillen —, was bei den Tuberkelbacillen nicht gelingt. Entscheidende Differenzen weisen die morphologischen Merkmale nicht auf. — Was das tinktorielle Verhalten betrifft, so sind zur Differenzierung als Entfärbungsmittel die anorganischen Säuren ebenso wie Eisessig unbrauchbar. Gegen absoluten Alkohol ist der gefärbte, mit Säuren behandelte Smegmabacillus viel empfindlicher, als der gleich behandelte Tuberkelbacillus. Nur einmal erwiesen sich Tuberkelbacillen aus ammoniakalischem Harn als sehr empfindlich gegen absoluten Alkohol. Letzterer erwies sich dann auch als alleiniges Enttärbungsmittel für Smegmabacillen als sehr geeignet, wenn auch zuweilen einzelne ihm, ebenso wie die Tuberkel-

bacillen, lange widerstehen. Die Verwendung der Czaplewskischen Methode (Fluorescein in absolutem Alkohol) erwies sich als empfehlenswert. — Sehr wurde die Färbungsmöglichkeit der Smegmabacillen herabgesetzt durch wenigstens 12 Stunden langen Aufenthalt in Alkohol und Äther (durch Entfettung); aber auch kommen widerspenstige Smegmabacillen vor. Tuberkelbacillen werden durch Äther-Alkohol nicht beeinflußt. — Sehr befördert wird die Entfärbung der Smegmabacillen durch über 5 Minuten langen Aufenthalt in 5% Chromsäure, während Tuberkelbacillen diese Lösung 20 Minuten vertragen, ohne sich nachher schneller zu entfärben. Man verfährt dabei am besten mit den Smegmabacillen folgendermaßen: Fixierung und Entfettung des Ausstrichpräparates durch wenigstens 3 Stunden langes Verweilen in absolutem Alkohol, darauf 15 Minuten in 5% Chromsäurelösung, Auswaschen, Karbolfuchsin, Schwefelsäure (Acid. sulf. dilut.) durch 3 Minuten oder Acid. nitr. pur. 1—2 Minuten, konzentrierte alkoholische Methylenblaulösung 5 Minuten. — Mittels Gramscher Methode werden die Smegmabacillen entfärbt, wenn man zum Schluß mit Alkohol auswäscht, sie behalten den Farbstoff, wenn man es mit Anilinöl thut. — Aus diesen Untersuchungen ergeben sich folgende Regeln für die Differenzierung: Die Morphologie giebt keine sicheren Anhaltspunkte. Die Bildung von zopf- oder rankenähnlichen Strängen und kokkenähnliche Ketten sprechen für Tuberkulose. — Tinktoriell brauchbar sind nur Methoden mit Entfärbung durch absoluten Alkohol (mindestens 5 Minuten), wie diejenige von Weichselbaum und besonders von Czaplewski. Sicher ist aber nur die oben geschilderte Chromsäure-Alkohol-Vorbehandlung. — Im Harn scheinen beide Bacillenarten ihre Eigenschaften zu ändern) Hier ist die mechanische Fernhaltung der Smegmabacillen von Wichtigkeit, indem man den Urin nur durch Katheter gewinnt. Man untersucht dann zunächst nach Gabbet. Zahlreiche gekörnte Bacillen sind wahrscheinlich Tuberkelbacillen. Um den Zweifel zu bannen, nimmt man die Chromsäure-Alkohol-Methode, die bei wenigen Bacillen stets nötig ist. Entfärben sich alle Bacillen, dann bleibt als ultimum refugium noch das Tierexperiment.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Zur Hautpathologie Algeriens. In der biologischen Vereinigung zu Nancy zeigte Legrain eine Anzahl Photographien von Hautaffektionen, die entweder ausschließlich oder doch sehr häufig in den heißen Ländern, speziell in Algerien, vorkommen: verschiedene Abbildungen von Madurafuß, zwei cystische Aktinomykosen des Unterkiefers, eine Elephantiasis des Scrotums, mehrere bemerkenswerte Fälle von Gangrän der Extremitäten, die L. zum Ergotismus rechnet, verschiedene Fälle von tropischem Ulcus, speziell vom Madagaskar-Geschwür, zwei Fälle von vitiligoähnlicher Pinta, zahlreiche Hautsarkome der verschiedensten Körpergegenden, Spätformen von Syphilis etc. (*Presse médicale.* No. 48. 1897.) *C. Müller-Genf.*

Über die Absorption von Jod, Jodoform und Äthyljodid durch die Haut. In der medizinischen Akademie in Paris berichteten Linossier und Lannois über die Resultate ihrer diesbezüglichen Untersuchungen. Die Resorption der aufgepinselten Jodtinktur bei sorgfältiger Einwickelung der eingepinselten Partie ist 7—12 mal beträchtlicher als unter freiem Luftzutritt und beträgt circa ein Drittel der auf der Haut applizierten Menge. In bedeutenderen Mengen wird Jodoform und Äthyljodid resorbiert: nach Auftragen von 4,0 Jodoform auf die Wade werden im Harn 130 mg und nach Applikation von 9—10,0 Äthyljodid 820 mg Jod nachgewiesen. Oberflächliche Veränderungen der Epidermis infolge von Jodtinktureinpinselungen scheinen der

Jodabsorption eher hinderlich zu sein, indem diese am Anfange der Einpinselungen am intensivsten ist. Das Gegenteil findet statt, wenn die Zerstörung der Hornschicht stärker war und die Schleimschicht bloßgelegt wurde. (*Presse méd.* No. 34. 1897.)

C. Müller-Genf.

Über die normale und pathologische Ausscheidung der Kohlensäure und des Wassers durch die Haut, von Wakelin Barsatt. (*Journ. of physiol.*, März 1897.) Nach den Befunden des Verfassers ist die CO_2-Ausscheidung verglichen mit der H_2O-Elimination eine sehr geringe und verhält sich zu letzterer bei 35° wie 1 : 200, nimmt aber bei 25° noch mehr ab. CO_2- und H_2O-Ausscheidung variieren nach den Tagen und Stunden. Auf H_2O-Ausscheidung übt die Temperatur keinen merklichen Einfluß aus. Ligatur der oberen Extremität zieht eine Zunahme der CO_2- und eine Abnahme der H_2O-Ausscheidung nach sich und zwar in direktem Verhältnis zur Intensität der Einschnürung.

C. Müller-Genf.

Über die therapeutische Verwendung der Ströme mit hoher Frequenz, von Oudin. (Pariser Akademie der Wissenschaften; *Presse méd.* No. 49. 1897.) O. hat gefunden, daß diese Ströme eine mächtige therapeutische Wirkung bei einer großen Anzahl von Affektionen der Haut und Schleimhäute entfalten, so bei Lupus, Molluscum, Alopecia areata, Gonokokkenmetritis, Ekzem, Psoriasis, Leukoplasie.

C. Müller-Genf.

Die Rolle, welche die embryonalen „Reste" bei der Entstehung von Tumoren spielen, von W. R. Williams. (*The Brit. med. Journ.* 10. Oktober 1897.) Nach einem Überblicke über die einschlägige Litteratur gelangt der Verfasser auf Grund eigener Untersuchungen zu der Ansicht, daß die embryonalen Reste bei der Entstehung sowohl der Brustdrüsen- und Uterusgeschwülste, als auch der an anderen Stellen lokalisierten Neoplasmen, sie mögen maligner oder nicht maligner Natur sein, eine wichtige Rolle spielen, daß sie aber nicht die einzigen mitwirkenden Faktoren sind. Im Gegenteil hat Verfasser nachgewiesen, daß triftige Gründe dafür vorhanden sind, anzunehmen, daß Neoplasmen entstehen können, wo immer nicht differenzierte Zellen vorhanden sind, und am leichtesten dort, wo sich diese Zellen in großer Zahl vorfinden.

C. Berliner-Aachen.

Pharmakologie.

Über einen Fall von Intoleranz gegenüber Jodoform, von Capilongo. (*Giorn. intern. d. sc. med.* 1897. No. 5.) Eine 34jährige Patientin mit hereditärer Syphilis wurde wegen eines spezifischen Ulcus von geringem Umfange mit Jodoformvaselin (4 : 10) behandelt. Außer den Lokalerscheinungen (hochgradiges Ödem des Unterschenkels, gangränöse Umwandlung des Geschwürs etc.) zeigten sich bald allgemeine Symptome: Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, psychische Erregung, Übelkeit und außerdem ein hämorrhagisches Exanthem der unteren Extremitäten.

C. Müller-Genf.

Jodoformkalomel in der Behandlung der Höhlenwunden, von Sprengel-Braunschweig. (*Centralbl. f. Chir.* 1897. No. 5.) S. verwendet seit einer Reihe von Jahren eine Mischung von Jodoform und Kalomel zu gleichen Teilen zum Einstreuen und Einreiben in Wunden, welche entweder ihrer Natur nach zur Zersetzung neigen oder von anhaftenden pathologischen Massen nicht befreit werden können; ganz besonders bei Tracheotomien und den wegen Knochen- und Gelenktuberkulose gemachten Eingriffen. Bringt man die genannte Mischung auf eine frische flächenhafte Wunde,

so beobachtet man nach kurzer Zeit, dafs dieselbe ein eigentümlich graues Aussehen annimmt, das zweifellos einem sich bildenden Ätzschorf entspricht. Im Verlauf weniger Tage sprieſsen aus dieser grauen Fläche Granulationen hervor, welche verhältnismäfsig schnell in starke Wucherung geraten und sich durch eine auffallend frische, gesunde und rote Färbung auszeichnen. Die Mischung von Jodoform und Kalomel nimmt unter dem Einfluſs des Lichtes allmählich eine eigentümliche, hochrote Färbung an; dieselbe tritt bei Gegenwart einzelner organischer Körper (Eiweiſslösungen, Blut) schneller ein und ist wahrscheinlich auf die Bildung von Quecksilberjodid zurückzuführen. — Vor Applikation des Pulvers muſs die Blutung möglichst gestillt werden. Bei ausgedehnten Erkrankungen mit sehr breiten Wundflächen wurde die Ätzmischung nur auf den Stellen eingerieben, von welchen das kranke Gewebe nicht vollständig entfernt werden konnte. Die Wunde ist natürlich durch Tamponade offen zu halten. Der sich bildende oberflächliche Ätzschorf verhütet die Verklebung des Tampons mit der Wundfläche und bewirkt, dafs die Gaze nach der gewöhnlichen Zeit von 3—4 Tagen ohne alle Schwierigkeit und ohne den geringsten Schmerz aus der Wunde gehoben werden kann. — Die Menge des angewandten Mittels war nach Alter der Individuen und nach der Schwere der lokalen Erkrankung verschieden. Ohne Nachteil wurden etwa 1—1½ groſse scharfe Löffel voll in den Wunden verrieben, etwa einem Gewicht von höchstens 4½ g entsprechend. Ferner wurden aus der Ätzmischung und Kakaobutter Stäbchen und Kügelchen hergestellt und in Fisteln und Höhlenwunden eingeführt. *H. Einhorn-München.*

Über Naftalan, von Rud. Isaac. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 52.) Verfasser berichtet über seine Erfahrungen mit diesem neuen, im Naphta-Quellengebiet dargestellten Heilmittel. Es stellt eine schwärzliche, salbenähnliche Masse dar. Nicht ohne Erfolg schien man es verwenden zu können bei chronischen Gewerbeekzemen, ohne groſsen Reizungszustand; bei akuten Ekzemen reizte es stark, verursachte auch Follikulitiden. Nach Verfasser scheint es da indiziert, wo sonst Teerpräparate am Platze sind. *F. Hahn-Bremen.*

Weitere Mitteilungen über Nikotianaseife, von P. Taenzer. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1897. No. 24.) Die Anwendung der Nikotianaseife hat dem Verfasser weitere günstige Erfolge gebracht. Die durch dieselbe oft erzeugte Reizung wird zum Teil durch Überfettung, sonst sicher durch gleichzeitige Herabsetzung des Tabakextrakts auf die Hälfte (5%) vermieden, die man deshalb bei empfindlicher Haut anwenden muſs. Eine Hauptindikation ist die Pityriasis capitis. Es wird abends mit der Seife gewaschen, morgens das Haar etwas eingefettet. Gut war auch der Erfolg bei Pruritus ani et scroti mit sekundärem Ekzem. Die Haut wird morgens und abends für 10 Minuten eingeseift, dann abgespült, getrocknet und bepudert. In 2—3 Wochen tritt Heilung ein. Längere Zeit, 5—6 Wochen, braucht man beim Erythrasma. Bei Dermatitis herpetiformis wurde für 8—10 Stunden das Jucken gestillt ohne eigentlichen Heilerfolg. Die Urticaria infantilis (Lichen urticatus) wird durch 5% Seife günstig beeinfluſst; wird die Haut spröde, dann reibt man Alapurin oder Ung. leniens ein. Für Scabies ist die Nikotianaseife das einfachste, beste und billigste Heilmittel. Auch zur Desinfektion der Hände eignet sich dieselbe. Kurz sie ist ein gutes Mittel bei parasitären und juckenden Leiden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Nosophen in der Dermatotherapie, von Ehrmann. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 47.) Verfasser machte mit dem Nosophen (Tetrajodphenolphthalein) und mit dem löslichen Natriumsalz desselben Präparates, unter dem Namen Antinosin in den Handel gebracht, Versuche und zwar als Wundverband, bei Balanitis und Balano-

posthitis, bei Ulcus molle, als Nosophengaze bei Incisionen und Auskratzungen, bei Fufsgeschwüren, und fafst seine Resultate folgendermafsen zusammen. Als Streupulver bewährte es sich vorzüglich bei Balanitis und Intertrigo als Austrocknungsmittel. Bei Wunden trat viel rascher Überhäutung ein als nach Anwendung von Jodoform, ohne Hautreizung und Ekzembildung herbeizuführen. Bei Ulcera mollia entspricht es vollkommen den Anforderungen der ambulanten Behandlung, indem es höchst antiseptisch wirkt, nicht riecht und die Wäsche nicht färbt, bildet als Streupulver keine kompakte Masse, wodurch Eiterretention herbeigeführt werden könnte, nur mufs die Erneuerung des Nosophens 2—3 mal täglich geschehen und die Wundfläche stets gereinigt werden. Bei skrophulösen Prozessen steht das Jodoform hinter dem Nosophen, indem die skrophulösen Individuen leicht zu Jodoformekzemen neigen.

A. Aschner - Budapest.

Über Pflanzenfaserseife (Ubrigin). Ein Beitrag zur Desinfektion der operierenden Hände, von VAN NIESSEN. (*Centralbl. f. Chir.* 1897. No. 16.) Die Pflanzenfaserseife stellt eine mit fein verteilten Pflanzenfaserpartikeln gemischte Seife dar, welche zur mechanischen Reinigung sich sehr gut eignet und auch billig ist. Man kann bei Verwendung derselben die Bürsten entbehren. Die Seife ist mit Borsäure imprägniert, was ihre Haltbarkeit und Wirksamkeit erhöht. Auch in der Dermatologie soll die Seife bei manchen Ekzemen, zur Entfernung von Salben und Pflastermassen nützlich sein. *Jessner - Königsberg i. Pr.*

Über Vasogen, von M. LAASER. (*Allg. med. Centr. - Ztg.* 1897. No. 15.) Die Vasogene leisten dem Verfasser gute Dienste. Jodvasogen wird mit Erfolg dreimal täglich bei Frostbeulen angewendet, ebenso bei vielen Nasen-, Rachen- und Kehlkopfleiden, besonders auch bei luetischen. Hydrargyrum - Vasogen ist zu Inunktionen zu empfehlen. Jodoformvasogen hat sich besonders bei Mittelohreiterungen bewährt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pikrinsäure bei der Behandlung gewisser entzündlicher Hautaffektionen, von W. MACLENNAN. (*The Brit. med. Journ.* 26. Dezember 1896.) Ein akutes Ekzem, das mit Brennen, intensivem Jucken und profuser Absonderung verbunden ist, wird unter dem Einflusse der Pikrinsäure rasch gebessert und geheilt. Vermöge ihrer kräftigen, adstringierenden Eigenschaften bildet sie, wenn sie auf eine nässende oder erodierte Hautoberfläche appliziert wird, mit dem koagulierten Eiweifs und den epithelialen Überresten eine Schutzdecke, unter welcher die Heilung rapide vorwärts schreitet. Als ein mächtiges Antiseptikum inhibiert oder zerstört sie die Wirkung der Mikrobien, von denen die Eiterbildung abhängt. Wird sie wie Farbe mit einer Bürste oder mit einem Stück Watte selbst auf grofse Flächen aufgetragen, so ist sie dennoch weder gefährlich, noch verursacht sie die geringsten Schmerzen. Fast augenblicklich läfst das Jucken und Brennen nach, und nach einigen Tagen, wenn die schützende Kruste entfernt wird, findet man die darunterliegende Haut trocken, frei von Röte und bedeckt mit einer jungen Epidermis. Beim Eccema capitis et faciei der Kinder hat Verfasser von dem Gebrauche einer gesättigten oder spirituösen Lösung, in welcher Form die Pikrinsäure immer zur Anwendung kommt, sehr ermutigende Resultate erzielt. In mehreren Fällen von Erysipel fand Verfasser die Pikrinsäure allen anderen lokalen Mitteln weit überlegen. Sie bringt die Entzündung zum Stillstand und verhindert das Weiterschreiten derselben.

C. Berliner - Aachen.

Über den Gebrauch von Sauerstoffgas bei der Wundbehandlung, von G. STOKER. (*The Brit. med. Journ.* 24. Oktober 1896.) Der Verfasser zieht aus seinen Betrachtungen folgende Schlüsse: 1. Der Sauerstoff hat eine elektive Kraft in Be-

ziehung auf die Wundmikroorganismen, indem er die einen zerstört, die anderen in ihrem Wachstum befördert. 2. Bei allen gesunden und rasch heilenden Wunden werden unter der Sauerstoffbehandlung der Staphylococcus albus, Staphylococcus aureus und gelegentlich auch der Staphylococcus citreus gefunden, und diese hält man gewöhnlich für benigne Mikroorganismen. 3. Auf derartig behandelten Wunden wird das Wachstum der Streptokokken, des Bacillus fluorescens, Bacillus foetidus, der Stäbchenbakterien und anderer für gewöhnlich als pathogen angesehener Mikroorganismen verlangsamt und schliefslich vernichtet. 4. Wenn bei mit Sauerstoff behandelten Wunden die Heilung still steht oder verzögert wird, so ist immer eine entsprechende Abnahme der benignen gegenüber einer Zunahme der pathogenen Mikroorganismen zu verzeichnen. 5. Wird jedoch bei einem derartigen Zustande die Konzentration der Sauerstofflösung verstärkt, dann nimmt die Zahl der benignen Mikroorganismen zu, diejenige der pathogenen ab. 6. Der Sauerstoff zerstört die üblen Gerüche, welche auf die Anwesenheit pathogener Mikroorganismen zurückzuführen sind. 7. Das Oxygen befördert das Wachstum der benignen Mikroorganismen und unter seinem Einflusse lassen sich diese leichter färben. 8. Wenn dieser Zustand andauert, heilen die Wunden rapide ab. *C. Berliner-Aachen.*

Somatose, von Audhoui. (*Revue clinique d'andrologie et de gynécologie.* 1897. No. 3.) Die oft gerühmten Eigenschaften der Somatose, ihre leichte Verdaulichkeit, ihre appetiterregende Wirkung, ihre Geschmack- und Reizlosigkeit, werden gebührend hervorgehoben, insbesondere aber ihre Fähigkeit, bei Rekonvalescenten, bei Schwächezuständen, bei allgemeinen Ernährungsstörungen, bei Konstitutionsanomalien etc. das Körpergewicht und die Körperkräfte zu heben. *A. Strauss-Barmen.*

Wasserstoffsuperoxyd bei Schleimhauterkrankungen, von Fr. Horowitz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 5.) Nach Neudörfers Vorgang hat der Verfasser das Wasserstoffsuperoxyd bei einer Reihe von Affektionen der Schleimhaut versucht. Von den Ergebnissen seien folgende hier berichtet: Akute Blennorrhoe, 8 Tage alt, anfangs 2, später 1 Injektion von 2% H_2O_2, Heilung in 3 Wochen. — Akute Blennorrhoe, Schwellung des linken Nebenhodens, Bettruhe, Umschläge mit Liquor Burowii, dreimal täglich 1 Injektion H_2O_2, Heilung in 8 Tagen. — Versuche bei Hämorrhoiden blieben resultatlos. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Suppositorien und eine Methode sie darzustellen, von L. Lewin und F. Eschbaum. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 2.) Von einem guten Suppositorium verlangt man: 1. Das Medikament soll gleichmäfsig verteilt sein. 2. Das Medikament mufs leicht und schnell aus dem Suppositorium frei werden. 3. Das Suppositorium soll möglichst steril sein. 4. Das Suppositorium soll sich leicht einführen lassen. 5. Das Suppositorium mufs sich, soweit die Dosis des inkorporierten Medikaments in Frage kommt, exakt bereiten lassen.

Die Cacaobutter-Suppositorien bieten für eine gleichmäfsige Verteilung des Medikaments keine Sicherheit, es sei denn, dafs man das Medikament mit Cacaobutter und Fett oder Öl anstöfst zu einer plastischen Masse, dann rollt und in Kegelform bringt. Man verschreibt dann so:

Kal. jodat.	0,2
Butyr. Cacao	3,0
Adip. suill. q. s. ut f. exactissime terendo massa e qua forma supposit.	

Hohlsuppositorien sind zu verwerfen. — Die Glyceringelatine-Suppositorien sind entschieden besser. Das Medikament ist gleichmäfsig verteilt, die Resorption eine

prompte. Nachteile sind: mangelhafte Sterilität, Beimischung differenter Stoffe aus dem Leim, aus dem sie bereitet werden, die reizende Wirkung des Glycerins. — Als viel geeigneter erwiesen sich den Verfassern Agar-Suppositorien. Man nimmt 1 Teil Agar auf 29 Teile Wasser und setzt zur Neutralisierung auf 10,0 pulverförmigen Agar 0,1 Natrium bicarbonicum zu. Agar, Medikament, Wasser und Natrium bicarbonicum kommen in eine Medizinflasche, die für 5—10 Minuten in siedendes Wasser gestellt wird. Dann wird die Masse in Paraffinpapierdüten gegossen. Jedoch sind für die verschiedenen Medikamente verschiedene Prozeduren nötig. Verschrieben wird etwa folgendermafsen:

Morph. hydrochlor. 0,05
Pulv. Agar. neutr. q. s. ut f. suppos. No. V.

In analoger Weise kann man Medizinalstäbchen und Vaginalkugeln bereiten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Angioneurosen.

Die nervösen und arthritischen Ödeme, von Potain. (*Bull. méd.* No. 3. 1897.) Zu den nervösen Ödemen zählt Verfasser aufser den Ödemen bei gewissen Rückenmarkskrankheiten (Tabes), Gehirnaffektionen (Apoplexien) und Neurosen (Hysterie, Neurasthenie) die einseitigen Ödeme mit Albuminurie nach Traumen einer Niere. Wenn nun zwar diese nervösen Ödeme besonders bei Arthritikern beobachtet werden, so können sie direkt vom Arthritismus verursacht werden. *C. Müller-Genf.*

Über Tag- und Nacht-Harnabsonderung, Haut- und Lungenausscheidung bei Ödemen verschiedenen Ursprungs, von Iljisch. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 52. 1896.) Nach dem Vorgange von Quincke hat Verfasser an 31 Individuen die diesbezüglichen Beobachtungen vorgenommen: 29 Personen hatten wegen verschiedenartiger Ödeme (15 Fälle von Nierenaffektion, 6 von Lebercirrhose, 8 von Herzleiden und sonstigen Beschwerden) das Hospital aufgesucht, 2 befanden sich im Stadium der Rekonvalescenz. Aus all diesen Beocbahtungen kann man folgende Schlüsse ziehen: 1. Bei Kranken mit Affektionen der Nieren, der Leber und des Herzens, die mit Ödemen einhergehen, ist im Gegensatz zu dem gesunden Menschen die Nachtharnmenge (Wasser und feste Bestandteile) bedeutend gröfser als die Tagharnmenge. Dieser Unterschied ist am gröfsten in den Fällen von Lebercirrhose, geringer bei Nierenaffektionen und am wenigsten ausgeprägt bei Herzleiden. 2. Bei Nierenaffektionen findet die vermehrte Harnabsonderung während der Nacht auch bei Abwesenheit von Ödemen statt, während bei Herzleidenden in der Periode des Kompensationsgleichgewichts die Harnabsonderung in derselben Weise geschieht, wie bei gesunden Menschen. 3. In dem Falle, wo die Patienten die ganze Tageszeit zu Bett verbringen, ist die nächtliche Polyurie allgemein weniger stark ausgeprägt, wie in den Fällen, wo sie, wenn auch nur wenige Stunden am Tage, in Bewegung sind. Diese Thatsache ist besonders in den Fällen von Nierenaffektion zu konstatieren. 4. Während der verstärkten Harnabsonderung und der damit einhergehenden Verminderung der Ödeme ist die nächtliche Polyurie gewöhnlich mehr ausgeprägt, als während des Bestehens der Ödeme statu quo. Das betrifft besonders die Fälle von Ödemen infolge von Nieren- und Leberaffektionen. 5. Das Verhältnis der Haut- und Lungenausscheidung Tags und Nachts ist in den Fällen von Nieren- und Herzaffektionen annähernd dasselbe wie bei gesunden Menschen, das heifst deren Menge ist am Tage etwas gröfser als in der Nacht. Bei den Patienten mit Lebercirrhose ist die Menge der genannten Ausscheidungen Tag und Nachts fast gleich, ja sogar die Nachtmenge übertrifft um

weniges die Tagesmenge. Während der verstärkten Harnabsonderung vermindert sich etwas die Verhältnismenge der Haut- und Lungenausscheidung während der Nacht zu gleicher Zeit mit der verstärkten Nachtharnabsonderung. Indessen wird dabei die Menge der Haut- und Lungenausscheidung während 24 Stunden gröfser. — Für die Praxis ergiebt sich noch aus den genannten Versuchen, dafs nicht mit der gröfseren Flüssigkeitszufuhr am Abend auch eine gröfsere Harnabsonderung während der Nacht bei den betreffenden Affektionen parallel geht. Verfasser beobachtete hingegen, dafs in diesen Fällen eine Beschränkung der Flüssigkeitsmenge am Abend mit einer um so gröfseren Harnabsonderung einherging. *Neuhaus-München.*

Ein Fall von akutem toxischen Gesichtsödem, von MEINERT. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 16.). Der 54jährige Patient bemerkte bald nachdem er zu Abend gespeist eine kleine empfindliche Stelle an der Schleimhautfläche der Unterlippe. Eine Stunde darauf begann die Unterlippe schmerzhaft zu schwellen, welche Schwellung nach einigen Stunden die Gröfse eines Hühnereies erreichte, deren Farbe und Konsistenz von der Umgebung nicht abwich, Temperatur und Pulsfrequenz war normal. Gegen den Morgen verbreitete sich die Schwellung auf die Oberlippe und rechte Wange, ohne einen erhabenen Rand zu besitzen wie das Erysipel. Auf warme Umschläge ging die Schwellung in drei Tagen zurück. Verfasser glaubt auf Grund des obigen Befindens und laut dem Krankheitsverlaufe ein Erysipel ausschliefsen zu können (? Ref.), obzwar von dem Ausgangspunkte des Prozesses, wo sich eine linsengrofse taschenförmige Epithelabhebung und ein kleines schmieriges Geschwürchen befand, die bakteriologische Untersuchung Streptokokken in Reinkultur ergab (! Ref.). Das entzündliche Ödem kann auch ausgeschlossen werden. Verfasser denkt an ein toxisches Ödem, welches durch den Giftstoff, der etwa an der Cigarre oder an der Nahrung haftete, in die verletzte Schleimhautstelle eindrang.

A. Aschner-Budapest.

Ein Fall von angio-neurotischem Ödem, von N. C. YARIAN. (*Med. News.* 29. Aug. 1896.) Eine 54jährige Frau konsultierte Y. wegen häufiger Attacken von heftigster Cardialgie, verbunden mit Blässe und intensivem Ödem der Hände und des Gesichts. Daneben treten häufiger purpurne Ringe auf der Brust, dem Hals, den Armen und dem Unterleib hervor. Gemütserregungen lösen sehr leicht eine Attacke aus. Das Ödem zeigt sich oft auch an anderen Stellen (Armen, Füfsen, Schultern, Brust) und geht gewöhnlich den Magenstörungen um ein bis zwei Tage vorauf. Die Anfälle sind schon seit vielen Jahren periodenweise aufgetreten, und trotz allen therapeutischen Versuchen konnte auch Verfasser keine wesentliche Besserung erzielen. Die Familie war im ganzen erblich neurotisch belastet.

Philippi-Remscheid.

Urticaria der Respirationswege, von DELBREL. (*Journ. de méd.* Juli 1896.) Es lassen sich zwei Typen aufstellen; beim ersten erscheint zuerst die Hauteruption und ihr folgt erst die Beteiligung der Atmungswege; beim zweiten Typus treten zuerst die Atmungsbeschwerden auf und die Haut wird erst in zweiter Linie ergriffen. Man begreift die diagnostischen Schwierigkeiten, ja die Lebensgefahr in den Fällen der letzteren Art. Die Erscheinungen von Seite der Luftorgane können bald einem Asthmaanfalle, bald einem Glottisödem etc. ähnlich sein. Zuweilen ergiebt die Untersuchung des Rectums das Vorhandensein von erhabenen erythematösen Plaques auf der Schleimhaut, was dann auf einen ähnlichen Befund in den übrigen Teilen des Bronchialbaumes schliefsen läfst. Das Erscheinen der Hauteruption wird gewöhnlich von einer Abnahme der drohenden Luftröhrensymptome begleitet und wird dann

auch als therapeutische Maßnahme vorgeschlagen, diese Hauteruption durch Reizmittel künstlich hervorzurufen. *C. Müller-Genf.*

In der Diskussion über einen von LITTEN vorgestellten Fall von **Blausucht** weist SENATOR im Verein für innere Medizin in Berlin, Sitzung den 14. Januar 1897 (*Disch. med. Wochenschr.* 1897. Vereinsbeilage No. 3) nach, daß sich derselbe auch dadurch erklären lasse, daß die Aorta aus beiden Herzhälften entspringt. Der Meinung LITTENS, daß ein Überschuß von Harnsäure im Harne bei dem Kranken vorhanden ist und dieser sich durch Verlangsamung des Stoffwechsels erklärt, kann er nicht beitreten. — A. FRAENKEL betont, daß das Fehlen von Herzgeräuschen nicht das Vorhandensein einer abnormen Kommunikation beider Herzhälften ausschließt. Ob die abnorme Cyanose durch Mischung des Blutes beider Herzhälften zu stande kommt oder ob die durch Verengerung eines der beiden großen Gefäße bedingte Stauung die Ursache ist, muß dahingestellt bleiben. Im allgemeinen neigt man jetzt zu der letzteren Ansicht. — LITTEN bezweifelt, daß es angeborene Herzfehler ohne Geräusche und ohne Hypertrophie giebt. Die Auffassung SENATORS ist ja möglich, aber das Entspringen der Aorta aus beiden Ventrikeln jedenfalls seltener und deshalb weniger wahrscheinlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Frostbeulen, von ERNST MÜLLER. (*Med. Corresp.-Bl. des Württ. ärztl. Landesvereins.* 1896. 52.) Verfasser behandelt die Frostbeulen mit Kompressivverbänden. Die Extremität wird hochgelagert, dann schmale, 10—15 cm lange Kautschukheftpflasterstreifen dachziegelartig straff so angelegt, daß sie die Beulen vollständig decken. Der Verband bleibt möglichst lange liegen. Die Erfolge sind gute, die Beschwerden hören auf. (Die Idee Frostbeulen durch Kompression zu behandeln ist eine alte. Beispielsweise ist sie in meinem Kompendium empfohlen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Scharlachähnliche Ausschläge nach Operationen oder Traumen, von J. R. PACKARD. (*Med. News.* 20. Febr. 1897.) Es werden folgende zwei Fälle beschrieben: I. Ein 2½ Jahre altes Mädchen zeigte 24 Stunden nach Entfernung eines nekrotischen Metatarsusknochens ein diffuses, scharlachrotes Erythem nebst Rötung und Schwellung der Rachenschleimhaut bei einer Temperatur bis zu 40,5°. Zwei Tage darauf war der Ausschlag ohne weitere Folgen verschwunden. II. Ein 5jähriger Knabe bot am 14. Tage nach einer Empyemoperation einen ähnlichen Ausschlag unter Fiebererscheinungen dar; die Affektion heilte gleichfalls ohne weitere Folgen bald ab. Im Anschluß an diese Beobachtungen bespricht P. den Gegenstand eingehend unter ausgiebiger Berücksichtigung der Litteratur. Trotz aller bisherigen Bemühungen, das Wesen solcher Erkrankungen genauer festzustellen, ist nur zu konstatieren, daß sowohl echte Scarlatina als auch ein ganz harmloses, wie Scharlach aussehendes Erythem nach Operationen auftritt, und daß es kaum möglich ist, von vornherein beide mit Bestimmtheit zu unterscheiden. *Philippi-Remscheid.*

Die hämorrhagischen Infektionen des Menschen, von SILVESTRINI u. BADUEL. (*Policlinico.* 1897. No. 1.) Die Verfasser beschreiben 3 Fälle von schwerer Purpura, welche mit intensiven gastrointestinalen Störungen besonders im Beginn der Affektion, mit krankhaften Erscheinungen von seiten der Knochen und Gelenke sowie der Nieren einhergingen. In allen Fällen wurden im Blut und im Urin Staphylokokken (st. aureus und citreus) nachgewiesen, deren Menge am bedeutendsten während der Akme des Prozesses war, während sie in der Defervescenzperiode abnahmen, um gänzlich zu verschwinden nach erfolgter Abheilung. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Hämophilie, von P. Bienwald. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 2.) Bei einem Kinde, das sich eine kleine Verletzung in der Schläfengegend zugezogen hatte, war die parenchymatöse Blutung weder durch Tamponade, noch durch Eisenchlorid zu stillen. Das sich entleerende Blut erwies sich als nicht gerinnungsfähig. Verfasser versuchte nun Blut, das er der Vena mediana der gesunden Grofsmutter entnahm, in die Wunde zu spritzen. Dieses Blut gerann sofort und die Blutung stand. Ob nun der entstandene kleine Blutkuchen mechanisch die Blutung stillte oder die Zufuhr von Gerinnungsfermenten wirksam war, läfst Verfasser dahingestellt.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Haemophilia congenita, von Leo Hutschnecker. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 18.) Ein 26jähriger Mann bekam am Abende seiner Hochzeit Nasenbluten, das durch äufsere Tamponade, Eis, Plumb. acet., Lig. ferr. sesquichlorati nicht zu stillen war und bis zum anderen Morgen anhielt. Dann stand sie auf Tamponade mit in Ferripyrin getauchten Wattebäuschen. — Der Kranke ist Bluter, ebenso wie seine 3 Brüder, während 3 Schwestern ganz frei von Haemophilie sind. Eltern, Grofseltern und Urgrofseltern boten niemals ähnliche Erscheinungen. Die Blutung nach der Circumcision soll 3—4 Tage gedauert haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Salipyrin Riedel bei Peliosis rheumatica Schönlein, von Hans Mühlbauer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 5.) Bei drei Fällen von Peliosis rheumatica wirkte Salipyrin, 8,0 pro die, ganz prompt, während alle andern Mittel versagten. Ein Patient nahm sogar 10,0 Salipyrin auf einmal mit gutem Erfolg, ohne jedwede Nebenwirkung. — Verfasser hält die Peliosis rheumatica für eine Krankheit sui generis, die weder eine Abart des Morbus maculosus Werlhofii, noch eine solche des akuten Gelenkrheumatismus ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Purpura haemorrhagica mit rapidem, letalem Verlaufe, von B. Russell. (*The Brit. med. Journ.* 26. Dezember 1896.) Der 42jährige Patient kam im März 1895 wegen Schwäche im linken Arm und nächtlicher Kopfschmerzen in die Behandlung des Verfassers, der ihm Jodkalium verordnete und ihn rasch von seinen Beschwerden befreite. Dezember 1896 erkrankte der Patient mit Bluten aus dem Munde. Verfasser konstatierte am nächsten Tage die Zeichen eines deutlichen Purpura-Ausschlages am ganzen Körper. An den Beinen waren die Flecken klein und dicht gedrängt. Gelenkergüsse waren nicht vorhanden. Auf dem Zungenrücken wurde eine erbsengrofse mit schwarzem Blut angefüllte Blase bemerkt. Das Zahnfleisch war nicht weich und wenig geschwollen, der Atem nicht übelriechend, die Gesichtsfarbe rot, Puls etwas schwach; der Urin klar, eiweifsfrei. Der Patient hatte noch ziemlich guten Appetit, klagte aber über Schwäche und Mattigkeit. In den nächsten Tagen änderte sich das Krankheitsbild vollständig. Der Zustand verschlimmerte sich rapide, und unter Gehirnerscheinungen (Coma, Lähmung) erfolgte der Tod. Die Blutung aus dem Munde konnte durch keinerlei Mittel gestillt werden. *C. Berliner-Aachen.*

Ein zweijähriges Kind mit Purpura fulminans stellt Goerges vor in der Berliner medizinischen Gesellschaft (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 22.) Beide Hände bis zur Mitte des Unterarms sind dunkelblaurot gefärbt, mit blauroten Blasen, Handgelenke und Ellenbogengelenke geschwollen und schmerzhaft. Beide Ohrmuscheln geschwollen, mit blauroten, konfluierenden Flecken bedeckt; unter dem Helix des linken Ohres eine Blase. An Wangen und Extremitäten zahlreiche bis markstückgrofse blaurote Flecken; Rumpf frei; Scrotum bläulich verfärbt und geschwollen. Temperatur früher hoch, jetzt normal; beginnender Rückgang der Erscheinungen. Das Leiden hatte ziemlich plötzlich eingesetzt mit roten Flecken und schwarzen Stuhlgängen und

sich schnell entwickelt. Zwei Wochen vorher war das Kind acht Tage an Verdauungsstörungen fieberhaft krank gewesen. Die Behandlung besteht in Ruhe, Diät, Jodkalium. — Lassar empfiehlt grofse Dosen Natr. salicyl. in der Annahme, dafs es sich um ein gastrisch rheumatisches Leiden handelt. — Heubner glaubt, dafs der Fall doch an manche Form des Erythema multiforme erinnert, das ja mit Hämorrhagien einhergehen kann. Ob es sich hier um Purpura fulminans handelt, ist doch zweifelhaft, zumal der Fall sich bessert, während die Henochschen Fälle alle letal endeten. — Lassar möchte einen prinzipiellen Unterschied zwischen den verschiedenen Krankheitsformen nicht machen. Es giebt Übergänge aller Art. Die Prognose im vorliegenden Falle hält er noch für sehr dubiös. Bei Erwachsenen sieht man ähnliche Zustände, die zuerst ein rätselhaftes Bild geben, das an Typhus erinnert. Verdauungsstörungen, eine blasse Roseola und dann tritt plötzlich ein Erythema exsudativum bullosum oder haemorrhagicum auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Barlowschen Krankheit, von Fritz Pinner. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. 34.) An der Hand von drei Krankheitsfällen bespricht Verfasser die Symptomatologie der Barlowschen Krankheit. Die Rachitis scheint in allen drei Fällen das ätiologische Moment zu bilden. Die skorbutische Beschaffenheit des Zahnfleisches ist wichtig für die Diagnose. Wo die Anschwellung der Extremitäten fehlt, ist die doch vorhandene grofse Schmerzhaftigkeit derselben auf Druck charakteristisch. In einem Falle bestanden Protrusio bulbi und Hämorrhagien in den oberen Augenlidern; ob letztere auf subperiostale oder intracranielle Blutungen zurückzuführen sind, ist unentschieden. Der böseste Fall zeigte Nasen-, Darm- und Nierenblutungen, Petechien auf dem Pericard. Der Puls war stets sehr frequent, die Temperatur normal. Im Urin waren mittelst Centrifuge, selbst wenn kein Eiweifs nachweisbar, Cylinder und Blutkörperchen zu finden. — Die Ernährung mit nicht sterilisierter Milch und Gemüse brachte zweifellose Besserung. Jedenfalls spielt die künstliche Ernährung die Hauptrolle bei der Entstehung des Leidens. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Anatomische Präparate eines Falles von Barlowscher Krankheit demonstriert A. Baginsky in der Berliner medizinischen Gesellschaft. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 15.) Dieselben entstammen einem 10 Monate alten Kinde, das zuerst mit Kuhmilch, dann mit nach Soxhlet sterilisierter Lahmannscher vegetabilischer Milch ernährt war. Dasselbe zeigte schmerzhafte Schwellungen der Schenkel mit Verdickung des Knochens, dunkelblaurotes, gewulstetes Zahnfleisch, Temperatur von 38,2. Das Kind sah blafs aus, war aber sonst wohlgenährt. Es wurde mäfsig sterilisierte Kuhmilch, Citronensaft, Eigelb, Wein, Bierhefe verordnet. Anfangs Besserung, dann hohes Fieber und Verfall. Eine Incision am Oberschenkel ergiebt keine gröfseren Blutmassen oder Gerinnsel, sondern nur in der Tiefe lockere, wie nekrotische Knochenlamellen. Exitus letalis. Die Sektion ergiebt, dafs der Femur von einer hämorrhagischen Hülle umgeben ist, die vom Periost her ossifiziert ist. Es liegt also eine subperiostale Blutung mit Ossifikation vor. Es fand sich kein erhebliches Zeichen von Rachitis. Sonst ergab die Sektion nichts für die Pathologie des Prozesses.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Traumatische Entzündungen.

Über einen sehr schweren Fall von Dermatitis nach zweimaliger Anwendung von X-Strahlen; Pathogenese und Behandlung, von Apostoli. (Pariser Akademie der Wissenschaften; *Presse médicale.* 1897. No. 49.) Es handelt sich um eine ausgedehnte 17,7 cm lange und 13,6 cm breite gangränöse Stelle am Abdomen.

Der Patient war das erste Mal während 40 Minuten in einer Entfernung von 15 cm und das zweite 90 Minuten lang in einer Entfernung von 9 cm den Röntgenschen Strahlen ausgesetzt worden. Gleich nach den Sitzungen hatte man Übelkeit (ohne Erbrechen) und zwei Tage nach der zweiten Sitzung das Auftreten eines an Umfang rasch zunehmenden Erythems konstatiert, auf welchem sich Bläschen mit reichlicher seröser Sekretion und dann eine Gangrän bildete. Von allen therapeutischen Maßnahmen vermochten nur hydroelektrische Bäder Besserung herbeizuführen. Aus der Mitteilung von A. geht hervor, daß 1. die Röntgenschen Strahlen in gewissen Fällen eine Dermatitis hervorrufen können, die sich bald als einfaches Erythem bald als eine bis auf das Unterhautzellgewebe greifende Gangrän kennzeichnet. 2. Diese Dermatitis variiert in ihren Erscheinungen nach dem Sitze der Läsion (Nägel, Haare, Haut) und einigermaßen auch nach der individuellen Konstitution. Sie läßt sich in mancher Beziehung vergleichen mit einer gewöhnlichen elektrischen Verbrennung, indem sie aseptisch und apyretisch sowie sehr langsam verläuft, schwer heilt und in ihrer ganzen Ausdehnung ungefähr dieselbe Intensität aufweist. 3. Die Ursache der Entstehung einer solchen Dermatitis liegt meist in dem Umstande, daß man die Crookessche Röhre zu sehr der Haut genähert oder daß man die Sitzung zu lange hat dauern lassen oder endlich, daß zu häufige oder zu rasche Sitzungen aufeinander folgten. 4. Als Behandlung schlägt Apostoli die Elektrotherapie (statisches Effluvium, wellenförmiger Strom, Strom mit hoher Frequenz) vor. *C. Müller-Genf.*

Schädliche Wirkung der Röntgenschen Strahlen. In der französischen Akademie der Wissenschaften berichtete Lannelongue über einen Patienten, dessen Thorax nach Röntgen photographiert worden war und bei dem sich an der Stelle wo die Strahlen eingewirkt, sowie etwas weiter davon entfernt Abscesse entwickelten. Da der Eiter dieser Abscesse jedoch nicht hinsichtlich seiner Asepsis untersucht worden war, kann L. nicht mit Bestimmtheit erklären, daß dieselben wirklich durch die X-Strahlen verursacht wurden. Er kennt aber Fälle, wo Kinder, die sich in einem schattigen Hofe aufhielten, Hautverbrennungen davongetragen haben. Die Untersuchung hatte ergeben, daß dieselben durch den Widerschein des Sonnenlichtes auf dem Sande des von der Sonne beschienenen Teiles des Hofes zu stande gekommen waren. Beschützung der Haut durch Strontiumglasplatten verhinderten diese „Sonnenstiche". Das Sonnenlicht enthält somit, gleichwie die Röntgenschen, Strahlen, welche auf den Körper eine eigentümliche chemische Wirkung ausüben. Der in der Sitzung anwesende Physiker W. Crookes erklärte, daß hierzu jedenfalls eine besondere individuelle Hautdisposition notwendig sei, indem er und sein Assistent beim Manipulieren mit den Röntgenschen Apparaten niemals schlimme Erfahrungen gemacht, wohl aber verschiedene andere Experimentatoren (Verbrennungen, Ausfall der Haare etc.). (*Presse médicale.* 1897. No. 31.) *C. Müller-Genf.*

Einwirkung der Röntgenschen Strahlen auf die normale Haut und den Haarboden, von Forster. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 7.) Die halbstündige Exposition des Kopfes bewirkte bei einem Patienten Haarausfall in der Größe eines Fünffrancsstückes nach drei Tagen; die Haare folgten dem leisesten Zug, ihre Wurzeln waren dunkel pigmentiert, Empfindlichkeit der Haut unverändert. Ein anderer Patient erkrankte nach 1½stündlicher Exposition an einer Erysipel ähnlichen Dermatitis seines Kopfes. Früher riefen die Aufnahmen derartige Erscheinungen nicht hervor, da die früheren Röhren lange nicht so viel Röntgenstrahlen aussendeten als die neuen Focusröhren. *F. Hahn-Bremen.*

Die Folgen der X-Strahlen, von Weymouth Reid. (*The Scottish med. and surg. Journ.* Febr. 1897.) Verfasser ließ zwecks Demonstration seinen eigenen Körper

den X-Strahlen aussetzen. Es trat sofort ein Erythem mit starker Abschuppung der Haut ein. Später näfste die exponierte Hautstelle heftig. Sämtliche Haare der Brust verschwanden, ebenso auch die des Kinns, obgleich hier nur eine leichte Rötung der Haut vorangegangen war. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatitis, verursacht durch Röntgenstrahlen, von H. C. Drury. (*The Brit. med. Journ.* 7. Nov. 1896.) Der 35jährige Patient litt an Nierensteinensymptomen und wurde den X-Strahlen exponiert, um festzustellen, ob ein Stein vorhanden wäre. Die erste Sitzung dauerte eine Stunde. Da die Entwickelung jedoch keine genügende, so wurde später noch ein zweiter Versuch gemacht. Es kamen zehn Elemente in Anwendung. Die Sitzung dauerte 1½ Stunden. Der Patient fühlte sich nach derselben unwohl und hatte Brechneigung. Am Abende des nächsten Tages bemerkte er am Abdomen, unterhalb des Nabels, wie sonnverbrannte Stellen. Am dritten Tage wurde die Röte intensiver, gleichzeitig entwickelten sich Bläschen, die an Zahl und Gröfse zunahmen und schliefslich den Charakter eines nässenden Ekzems annahmen, das erst nach längerer Zeit abheilte. *C. Berliner-Aachen.*

Nachtrag zu dem Fall von Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen, von W. Marcuse. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 42.) Verfasser sah den von ihm beschriebenen Fall nach einem Vierteljahr wieder: die Alopecie war verheilt, ebenso ist die Dermatitis im Gesicht geschwunden. Im Zerstörungsgebiet auf dem Rücken findet sich die epidermoidale Bedeckung noch nicht vollständig hergestellt; dort sind auch zahlreiche Narbenstreifen zu bemerken. *F. Hahn-Bremen.*

Über den Einfluſs der Kathodenstrahlen auf die Haut, von Paul Fuchs. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 35.) Nach längerer Bestrahlung der Hand sah Verfasser bei einem Röntgenversuch folgende Veränderungen: Die Haut war ganz braun gefärbt, geschwollen, mit feinen, durch die Lupe erkennbaren Rissen bedeckt. Nach einer Viertelstunde bildeten sich zum Teil recht grofse Blasen, ähnlich den Brandblasen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Fissura ani mit Kokain und Ichthyol, von Chéron. (*Gaz. de Gynécologie.* Febr. 1897.) Dieselbe besteht in folgendem: Zunächst wird auf die Fissur ein in 5—10%iger Kokainlösung getränktes Wattebäuschchen 5 Minuten lang gedrückt. Sobald die Stelle unempfindlich geworden ist, werden mittelst Glasstab 1 oder 2 Tropfen reinen Ichthyols aufgeträufelt. Die Procedur wird täglich wiederholt und nach 4—5 Sitzungen ist die Besserung soweit fortgeschritten, daſs die Dilatation des Anus leicht ausgeführt werden kann, wodurch die Fissur in ihrem ganzen Umfange erscheint. Die Behandlung wird nun bis zur vollständigen Heilung fortgesetzt, was bei frischen Fissuren oft schon nach zehn Sitzungen eintritt.
C. Müller-Genf.

Zur Kenntnis der medikamentösen Dermatosen, von Jadassohn. (V. Deutscher Dermatologenkongrefs.) Eine Sonderung der verschiedenen medikamentösen Dermatosen hält Verfasser nicht für praktisch. Man faſst sie am besten zusammen unter einem allgemeinen Ausdruck wie „Drug eruptions“ oder „éruptions artificielles“ (médicamenteuses). Um Klarheit hineinzubringen, muſs man zunächst die Frage entscheiden: Wie verhalten sich Personen, welche eine Idiosynkrasie gegen ein Mittel haben, gegen die verschiedenen Applikationsmethoden dieses Mittels? Bei der grofsen Bedeutung der Idiosynkrasie wird man natürlich nur Erfahrungen verwerten können, die an demselben Individuum gesammelt sind.

Zweifellos geht aus vielen Beobachtungen hervor, daſs die Applikationsmethode beim Hg nicht gleichgültig ist. Ein Patient bekommt nach äuſserer Applikation von Hg eine Dermatitis, verträgt aber Hg ausgezeichnet subcutan und intern. Andere hingegen zeigen Eruptionen nach äuſserer wie nach innerer Applikation des Hg. Interessant ist es, daſs die nach interner Anwendung auftretende Dermatitis diejenigen Stellen verschonte, die vorher nach externer Anwendung erkrankt gewesen waren; diese waren „lokal immunisiert". Bei Hg-Idiosynkrasie hat der Wechsel des Präparates wenig Zweck, da die Form, in der die Resorption erfolgt, wohl bei allen Präparaten dieselbe ist. Wohl aber ist der Versuch einer anderen Applikationsmethode zu empfehlen. — Von Bedeutung für das Auftreten der Hg-Exantheme ist die Gewöhnung, die auch allmählich durch kleine Dosen erzielt werden kann. Ob sie längere oder kürzere Zeit anhält, ist nicht zu bestimmen. — Verfasser erörtert dann die sehr häufigen Jodoformexantheme, die durchaus nicht immer identisch sind mit Jodexanthemen. Die Dermatitiden sind dem Jodoform als solchem, nicht dessen Jodgehalt zuzuschreiben. Nach interner Anwendung traten die Hautveränderungen niemals auf. Zuweilen gelingt es, diesen bei externer Applikation vorzubeugen, wenn man verhütet, daſs Jodoform mit der Haut der Wundränder in Kontakt kommt. Auch bei der Anwendung auf Schleimhäute bleiben die Nebenwirkungen aus, wenn man nur nichts auf die Haut bringt. Aus seinen Beobachtungen folgert Verfasser zunächst, daſs die Schleimhäute sich anders gegen äuſsere Reize verhalten als die äuſsere Haut. Man kann Brennessela ohne bemerkenswerte Folgen in den Mund nehmen. Es betreffen die Idiosynkrasien aber nicht den ganzen Organismus, sondern nur Organsysteme. — Betreffs der Beziehungen der Dermatosen nach innerer und äuſserer Anwendung sind allgemeine Schlüsse nicht zu machen, das lehren die Beobachtungen bei Hg und Jodoform. Die allgemeine Scheidung zwischen interner und externer Wirkung ist beim Hg nicht zu machen. Die Möglichkeit ist zuzugeben, daſs bei Differenz in der Wirkung nach äuſserer und innerer Anwendung die Quantität entscheidend ist. Bei innerer und subcutaner Applikation ist sie jedenfalls eine sehr geringe. Neben der Quantität und der Applikationsweise kommen auch etwaige chemische Umsetzungen in Frage, die ja im Magendarmkanal oder in der Cirkulation eintreten können. Auch der Angriffspunkt bei der Entstehung der Dermatosen muſs berücksichtigt werden, er kann ein peripherer sein, wie wahrscheinlich bei Hg und Jodoform, aber auch ein centraler. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Karbolgangrän, von Czerny. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 16.) Aus der kurzen historischen Einleitung erscheint uns beachtenswert, daſs schon Tillaux im Jahre 1871 auf die Gefähr der Gangrän durch Karbolumschläge hingewiesen hat. In der Klinik Czernys vergeht fast kein Semester, in dem nicht ein Fall von Karbolgangrän vorgestellt und vor dem Gebrauche wässeriger Karbollösungen eindringlich gewarnt werden kann. In der vorliegenden Arbeit werden drei Fälle geschildert, in denen ebenfalls nach Anwendung von Karbollösungen Gangrän an den Fingern eintrat; die betreffenden Finger muſsten in der Mitte der Grundphalange amputiert werden. Zweimal war nur die 3%ige officinelle Karbollösung, allerdings mehrere Tage lang, angewendet worden, im dritten Falle lieſs sich die Konzentration der Lösung nicht mehr feststellen. — Auch in diesen Fällen war der Karbolbrand eine trockene Mumifikation. Begünstigt wird dieser Brand durch die anästhesierende Wirkung der Karbolsäure, so daſs die Patienten die Umschläge gerne liegen lassen und sehr erstaunt sind, daſs die erst grauweiſs, dann schwarz gewordenen Finger oder Zehen abgestorben sein sollen, ohne daſs sie davon eine Empfindung hatten. Cirkulationsstörungen wirken begünstigend mit. Ferner erleichtern zarte Haut, Blutleere und Herzschwäche das Entstehen der Gangrän. Czernys Patienten

waren jedoch kräftige Leute und trugen nur geringe Verletzungen an sich. Sie wurden erst bei ausgesprochener Gangrän in die Klinik gesandt. — Übrigens soll in einem Falle von Péraire bei einem 10jährigen Kinde schon durch 24stündige Anwendung einer 1%igen Karbollösung Gangrän der Endphalange eingetreten sein. — Schliefslich rät Verfasser, Karbollösungen zu Umschlägen niemals zu benutzen, sondern sie durch andere Antiseptica zu ersetzen. *Neuhaus-München.*

Schweres Exanthem nach dem Gebrauch von Salipyrin, von Schmey. (*Therap. Monatsh.* März 1897.) Auch das bisher als so harmlos geltende Salipyrin ist endlich vom Geschick ereilt worden. Verfasser sah nach einer kräftigen Gabe (4 g pro die) bei dem 54jährigen Patienten, der zugleich erhebliche Mengen von Eiweifs im Urin hatte, das Auftreten eines markstückgrofsen, stark infiltrierten Fleckes am Scrotum, der am nächsten Tage nekrotisch wurde. Die nekrotische Partie stiefs sich bald ab, es entstand eine tiefe Wundhöhle, die rasch heilte. *F. Hahn-Bremen.*

Eccema universale acutum als Folge von Empfindlichkeit gegen Jodoform sah Dressler (*Therap. Monatsh.* Mai 1897) bei der Ehefrau eines mit Jodoform verbundenen Patienten. Das Ekzem begann im Gesicht und verbreitete sich über den ganzen Körper, an den verschiedenen Stellen sich verschieden gestaltend. Die Frau hatte schon dreimal im Leben nach Jodoform einen ähnlichen Ausschlag bekommen. Heilung in vier Wochen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatitis renalen Ursprungs, von Wickham. (*Journ. des praticiens.* 1896. No. 23.) Bei einem Patienten mit schweren allgemeinen Erscheinungen toxischer Natur und hochgradiger Albuminurie und Hämaturie war eine allgemeine vesiculobullöse Eruption aufgetreten. Die Autopsie ergab eine vorgeschrittene parenchymatöse Nephritis. W. meint, dafs die Dermatose durch ein Gift verursacht worden ist, das bei der Impermeabilität der Nieren sich in der Haut abgelagert hat, ähnlich wie dies bei der Septikämie geschieht. *C. Müller-Genf.*

1. **Über das Gift der Larven von Diamphidia locusta,** von R. Boehm. 2. **Über die Wirkungen des Giftes der Larven von Diamphidia locusta,** von Starcke. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* Bd. 38, Heft 5 u. 6.) Das Gift der Larven, welches von den Kalachari-Buschmännern als Pfeilgift benutzt wird, charakterisiert sich als Toxalbumin. Es bewirkt, unter die Haut gespritzt, eine Lösung des Blutfarbstoffes und erregt Entzündung. Manchmal löst sich die Epidermis ab. Bei langsamem Verlaufe der Vergiftung treten grofse Abscesse auf. Bei eingetretenem Tode sieht man in weiter Umgebung der Injektionsstelle eine gleichmäfsig blutrote Färbung der Haut, starke Injektion der Hautgefäfse. Die Haut erscheint gallertig ödematös. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Behandlung von Verbrennungen, von A. v. Bardeleben. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 6.) Verfasser sah von der Wismutbehandlung bei Verbrennungen die besten Resultate und empfiehlt als besonders praktisch Wismutbinden. Blasen werden entfernt und die imprägnierte Binde umgelegt, darüber Watte. Nur letztere wird bei Durchtränkung gewechselt; die Binde bleibt 6—8 Tage liegen. Diese „Brandbinden" werden hergestellt in der Reichsadlerapotheke zu Bochum. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung von Brandwunden mit Aristol, von Walton. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 24.) Verfasser behandelte mehr als 30 Fälle mit Aristol und glaubt solche Resultate erzielt zu haben, wie solche bis zum heutigen Tage durch

kein anderes Heilmittel erreicht wurden. Das Aristol ist ein rotbraunes, äufserst feines Pulver, fast geruchlos, unlöslich in Wasser und Glycerin, wenig löslich in Alkohol, leicht löslich in Äther, Kollodium und fetten Ölen, enthält 45,80% Jod. Trotz dieses grofsen Jodgehaltes ist es selbst auf den gröfsten Verbrennungsflächen ohne Gefahr der Vergiftungserscheinungen angewendet worden. Verfasser hebt dessen Vorzüge im folgenden hervor. Bei Anwendung des Aristols gehen die Granulationen der Wunden viel rascher vor sich, dieselben erhalten ein fleischigeres, lebenskräftigeres und gesunderes Aussehen, die Vascularisation ist eine bessere und ist dem Jodoform hauptsächlich durch den unvergleichlich geringeren Grad von Giftigkeit überlegen. Indes ist die desinfizierende Kraft des Aristols allerdings geringer wie die des Jodoforms. In dieser Beziehung müssen die Wunden erst aseptisch gemacht werden, was ohne Desinficien leicht erreicht werden kann durch peinliche Reinhaltung der Wundränder, Entfernung der Krusten und Epithelfetzen, durch häufiges Baden und Abspülungen der verbrannten Teile mit warmem, abgekochten Wasser. Für kleinere Flächen ist das Aristol in Pulverform, für gröfsere in Salbenform (10%) empfehlenswert. *A. Aschner-Budapest.*

Wundheilung bei der schwarzen Rasse, von Albert Plehn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 34.) An der Hand einer Reihe von Beobachtungen an Verletzten zeigt Verfasser, welche aufserordentliche Heilungstendenz die Wunden der Neger haben. Die vernachlässigten Wunden der Weichteile, der Knochen und Gelenke, der Lungen, des Darmes, der Leber mit jauchigen Eiterungen und schweren Komplikationen nach jeder Richtung sah Verfasser ohne chirurgische Eingriffe heilen. Fälle, bei denen nach unseren Erfahrungen Sepsis mit Sicherheit zu erwarten wäre. Es ist deshalb das konservative Vorgehen im Vertrauen auf die Vis medicatrix naturae hier sehr am Platze. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von subcutaner traumatischer Lymphorrhagie, von Josef Fiebiger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 17.) Von Lymphergüssen sind fast nur bekannt diejenigen in den Thorax nach Verletzung des Ductus thoracicus. Unter der Haut können sie nur vorkommen, wenn durch ein Trauma die Haut von der Unterlage abgehoben wird und die kleineren Blutgefäfse gequetscht und trombosiert sind. Bei sonstigen Verletzungen kann ein Erguſs sich bei dem geringen Druck im Lymphgefäfssystem nicht bilden. Der mitgeteilte Fall eines subcutanen, traumatischen Lymphergusses betrifft einen Mann, der von einem Wagen überfahren war, worauf sich langsam ein sackartiger, undulierender Tumor am Leibe bildete von 45 cm Länge und 32 cm Breite. Durch Punktionen werden zuerst 1150, dann noch 280 und 100 ccm Flüssigkeit entleert. Der letzten Punktion folgt die Injektion von 80 ccm einer 5%igen Jodlösung; Heilung. Die Flüssigkeit zeigte aufser geringem Bodensatz keine festen Bestandteile, hatte keine Koagulationsfähigkeit. Es bestand kein Zeichen von Anämie. — Ähnliche Fälle sind von Gussenbauer, Lavallée, K. Koch beschrieben. — Bemerkenswert ist noch die Unempfindlichkeit der ganz von der Unterlage abgehobenen Haut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neurotische Entzündungen.

Beitrag zur Ätiologie des Herpes zoster, von P. Asch. (*Indépend. méd.*) Verfasser berichtet über vier Fälle von Herpes zoster, die alle exquisit neuropathisch beanlagte Individuen betreffen und in deren Familien zum Teil noch andere Fälle dieser Dermatose vorgekommen waren. A. ist deshalb überzeugt, dafs das Nervensystem in der Ätiologie des Herpes zoster eine wichtige Rolle spielt und bei der Therapie infolge dessen in erster Linie zu berücksichtigen ist. *C. Müller-Genf.*

Zwei Fälle von Zona unterhalb des Kniees, von R. B. Mahon. (*The Brit. med. Journ.* 7. November 1896.) Der Verfasser giebt einen kurzen Überblick über die wenigen in der Litteratur publizierten Fälle von Herpes zoster unterhalb des Kniegelenkes und beschreibt zwei aus seiner Praxis. Fall 1 betraf eine 69jährige Frau, die mit Schmerzen und Schwäche in den Beinen erkrankte. Bei der Besichtigung der Patientin fand Verfasser auf der linken Seite eine grofse Menge Bläschen, die sich von der Spitze des Kreuzbeins nach abwärts und auswärts bis zur Mitte des Gesäfses ausdehnten. Einige Bläschen waren auch auf der rechten Seite oberhalb des Kreuzbeins zu sehen. Eine Anzahl von Bläschen befand sich am grofsen Trochanter. Von hier bis zum unteren Drittel des Oberschenkels war dieser frei von der Affektion; von da ab abwärts und am oberen Drittel des Wadenbeines bemerkte man wieder zahlreiche, zum Teil konfluierende, eine semipurulente Flüssigkeit enthaltende Bläschen und Blasen. Perineum und Vulva waren ebenfalls befallen, ebenso Vorder- und Aufsenseite des Unterschenkels, das Centrum des Fufsrückens. Endlich bemerkte man an der Basis der kleinen Zehe, auf deren Dorsalseite, eine kleine, deutliche Gruppe von Bläschen. — Die ganze Verteilung des Herpes zoster sowohl in diesem, wie im zweiten vom Verfasser beschriebenen Falle entsprach den hinteren Wurzeln der Sakralnerven und deren Verzweigungen. *C. Berliner-Aachen.*

Über Herpes zoster als Vorläufer der Tuberkulose. (*Presse médicale* No. 33, 1897.) Die Fälle von Herpes zoster im Verlaufe einer ausgesprochenen Tuberkulose sind bekannt. Neben denselben kommt es aber vor, dafs die Dermatose an irgend einer Körperstelle, meist im Verlaufe der Interkostalnerven, ausbricht, wo noch gar keine Veränderungen an den Lungen oder anderen Organen zu konstatieren sind; diese zeigen sich erst nach einiger Zeit. Zuweilen scheinen Beziehungen zu bestehen zwischen dem Sitze der Dermatose und demjenigen der Tuberkulose. So hat man Kinder an tuberkulöser Meningitis sterben sehen, bei denen ein Herpes im Gebiete des ersten V. Astes der Hirnhautentzündung vorangegangen war.

C. Müller-Genf.

Fall von bilateralem Herpes zoster bucco-pharyngeus, von Lermoyez und Barozzi. (*Presse médicale* No. 13, 1897.) Derselbe umfafste, in Gestalt einer erythemato-vesikulösen Eruption, die von den Nervi palatini super. innervierten Regionen: harter und weicher Gaumen, oberes Zahnfleisch und entsprechende Dento-labialfalte. Der Eruption waren Schmerzen im ganzen Munde vorangegangen. Circa 12 Tage nach diesem ersten Anfalle zeigte sich ein zweiter, der aber scharf auf die eine, linke Seite beschränkt blieb. Auf der ganzen Haut war nichts von einem Herpesausschlag zu bemerken. Der Rachenherpes tritt unter drei Formen auf. 1) die infektiöse, akute Form oder klassische Angina herpetica; 2) die trophoneurotische Form, verläuft schleichender, subakut; 3) die chronische recidivierende Form. *C. Müller-Genf.*

Die Bedeutung des Herpes labialis bei der Differentialdiagnose zwischen eitriger und tuberkulöser Meningitis, von A. Habel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* No. 42, 1896.) Die Erkrankung, die man geneigt war als tuberkulöse Meningitis anzusehen, war durch einen reichlichen Herpes labialis kompliziert. Da die Sektion die Diagnose bestätigte, so entscheidet der Herpes labialis keineswegs die Differentialdiagnose beider Formen von Meningitis. Bemerkenswert ist noch, dafs die Lumbalpunktion meist ein vortreffliches diagnostisches Hülfsmittel ist, da sich in der Punktionsflüssigkeit, besonders wenn sie schleimige Gerinnsel bildet, leicht Tuberkelbacillen nachweisen lassen. *F. Hahn-Bremen.*

Heilung eines Falles von Herpes zoster mit Methylsalicylat, von Chambard-Hénon *(Lyon médical* No. 26, 1897.) Es handelte sich um einen ausgedehnten, sehr schmerzhaften Herpes zoster der Cervico-Scapulargegend, welcher allerlei Medikamenten getrotzt hatte. Einige Einpinselungen von Methylsalicylat in natura (80 Tropfen) mit Occlusivverband führten rasche Heilung herbei.

C. Müller-Genf.

Ein Fall Tabes mit Herpes zoster, demonstriert von A. Westphahl, in der Gesellschaft der Charité-Ärzte. *(Berl. klin. Wochenschr.* No. 20, 1897.) Der Zoster ist lokalisiert an der linken Seite des Gesäfses, der hinteren Seite des linken Oberschenkels, der hintern und äufsern Seite des linken Unterschenkels, des Fufsrückens, den einander zugewandten Seiten der Zehen und dem medialen Fufsrand. Derselbe ist zugleich mit reifsenden Schmerzen im Bein entstanden. Der Herpes schliefst sich fast ganz den Nerven aus dem Plexus sacralis an; nur die betreffenden Nerven des Gesäfses gehören dem Plexus lumbalis an. — Das Vorkommen von Zoster bei Tabes ist ein seltenes. Es ist das fast auffallend, da ja Veränderungen der Spinalganglien und der sensibeln Nerven bei Tabes nichts seltenes sind. Jedoch werden für das Auftreten der Hautaffektion wohl besondere Bedingungen mitsprechen, die noch unbekannt sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Morvanscher Krankheit mit Autopsie, von Marinesco. *(Société méd. des Hôpitaux; Presse méd.* No. 13, 1897.) Der 62jährige Patient war früher von Charcot als mit typischer Morvanscher Krankheit der linken Hand behaftet vorgestellt worden. M. hatte nun Gelegenheit, die Autopsie des Falles vorzunehmen, wobei im linken hintern Horn des Rückenmarks ein von der sechsten Cervical- zur sechsten Dorsalwurzel sich erstreckender Hohlraum (Syringomyelie) konstatiert wurde. Die Morvan'sche Krankheit ist nach ihm meist die Folge einer periependymären Gliose. *C. Müller-Genf.*

Urticaria, Prurigo simplex und Prurigo Hebrae, von Brocq. *(Revue gener. d. clin. et de thérapeut.)* Verfasser wünscht als Charakteristikum der Gruppe Prurigo die typische Bläschenpapel betrachtet zu wissen. Die wahre Urticaria kommt beim Kinde vor und zeigt dort die trockene oder bullöse Form. Die Prurigo simplex zeichnet sich aus durch eine rein papulovesikulöse Eruption, während bei der Hebraschen Prurigo aufserdem noch „Ekzematisation" „Lichenifikation" hinzutritt. Zwischen der wahren Urticaria und der Prurigo simplex bestehen eine Reihe von Formen, welche beim Kinde sehr häufig sind und als Strophulus zusammengefafst werden. Ebenso bestehen Übergangsformen zwischen der Prurigo simplex und der Prurigo Hebrae. Die Bezeichnung Prurigo sollte aber ausschliefslich für diejenigen Dermatosen reserviert werden, die sich durch das Vorkommen der typischen Bläschenpapeln auszeichnen. Je nach der Reaktionsfähigkeit der Haut der verschiedenen Individuen, d. h. je nach der Disposition des einzelnen wird es zur Entwickelung der einen oder der anderen von dieser grofsen ununterbrochenen Kette von Formen kommen.

C. Müller-Genf.

Über ein symptomatisches phlyktaenöses Exanthem, von Campana. *(Rif. med.* No. 56, 1897.) Es handelt sich um einen polymorphen Hautausschlag mit dem Charakter einer Dermatitis herpetiformis Duhring. Der Patient ist Alkoholiker mit allen Symptomen der chronischen Intoxikation. Unter dem Einfluls von Excessen erleidet die Dermatose Exacerbationen, während sie sich zurückbildete, als der Patient einer rigorösen Abstinenz unterworfen wurde. C. betrachtet denn auch die Affektion als durch den Einfluls des Alkohols entstanden (Vasomotorische Störungen).

C. Müller-Genf.

Beziehungen der Dermatitis herpetiformis zu Erythema multiforme und zu Pemphigus, von Louis A. Duhring. *(The Americ. Journ. of med. Sciences.* Febr. 1897.) Verfasser hält nach wie vor seine Dermatitis herpetiformis für eine wohlcharakterisierte Krankheit sui generis. Dieselbe ähnelt in den meisten Fällen dem Erythema multiforme mehr als irgend einer anderen Krankheit. Eine Varietät, die bullöse, hat dagegen mehr Ähnlichkeit mit Pemphigus vulgaris, unterscheidet sich dagegen von diesem durch ihren entzündlichen und herpetischen Charakter eben so sehr wie durch ihre Neigung zu Pleomorphie, zu unregelmäfsiger Entwicklung der einzelnen Läsionen.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Polyneuritis mit multiplen schwielenartigen Granulationsgeschwülsten der Haut, von A. Fraenkel. *(Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 45.) Von Hautveränderungen hat man bei multipler, degenerativer Neuritis nur Ödeme gesehen. Eigenartig ist der vom Verfasser geschilderte Fall. Derselbe zeigte eine multiple Neuritis der Extremitätennerven und der Nervus facialis sinister, sich äufsernd in symmetrischen Lähmungen, Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme, Hyperästhesie der Haut und Muskeln, Atrophie der letzteren an den Extremitäten und halbseitiger Gesichtsparalyse. Daneben bestanden symmetrische, plattenförmige Hauttumoren an den Vorderarmen und Oberschenkeln, auf der Unterlage frei beweglich, von lederartiger Konsistenz, kupferroter Farbe, 7—11 cm lang, 3—4 cm breit, fest mit dem Corium verbunden, schmerzlos. Die Tumoren zeigten eine knötchenartige Struktur, bestehend aus Granulationsgewebe mit wenigen Riesenzellen. Zwischen den Knötchen sah man Bindegewebszüge. Die Arterien zeigten eine obliterierende Arteriitis. Keinerlei Mikrobien. Die Impfung fiel negativ aus. — Unter Jodbehandlung trat bei einem Teil der Tumoren eine Verkleinerung ein, aber auch hier trat nach dem Aussetzen des Jod erneutes Wachstum auf. Ob diese Tumoren als syphilitische anzusehen sind, scheint dem Verfasser sehr zweifelhaft, wenn er auch schliefslich diesen Zusammenhang für den wahrscheinlichsten hält. Die Polyneuritis auf Syphilis zurückzuführen, ist man nach den bisherigen Erfahrungen wenig berechtigt. In der Anamnese ist von Syphilis nichts bekannt worauf Verfasser aber wenig Gewicht legt. — Verfasser führt dann weiter aus, dafs es sich hier auch um keine Bleilähmung handeln kann, und kommt schliefslich auf die Möglichkeit zu sprechen, dafs die Hautveränderungen als rheumatische Zellgewebsschwielen aufgefafst werden könnten. Er citiert dabei einen Fall von Kreiss, bei dem neben Gelenkschwellungen eine Neuritis und diffuse Schwielenbildung an den Unterextremitäten bestand, die auf die Muskeln übergriff.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Akute Exantheme.

Die Diagnose des Scharlachfiebers, von H. G. Armstrong. *(The Brit. med. Journ.* 26. Dezember 1896.) In den meisten neuen Lehrbüchern über Infektionskrankheiten findet man die Thatsache verzeichnet, dafs das Scharlachexanthem im Gegensatz zum Masernausschlag nicht im Gesicht auftritt. Verfasser stellt die Ansichten älterer und neuerer namhafter Autoren zusammen. Dieselben differieren bezüglich der Lokalisation des Exanthems im Beginn der Krankheit aufserordentlich. Am genauesten und seinen eigenen Erfahrungen am meisten entsprechend findet Verfasser die Ansicht von Thomas (Leipzig); letzterer behauptet, dafs nur die Stirn und die Schläfen von dem Ausschlag befallen würden, dafs die Wangen nur die gewöhnliche Fieberröte zeigen.

C. Berliner-Aachen.

Über scharlachähnliche Fälle in Fulham, von R. Lee. (*The Brit. med. Journ.* 12. Dezember 1896.) Die Krankheit beginnt mit Schmerzen im Rachen, Fieber und anderen Scharlachsymptomen. In vielen Fällen tritt am zweiten Tage ein Ausschlag oder auch nur eine Efflorescenz im Gesicht und am Halse auf. Am Ende der ersten Woche verschwindet das Fieber und der Puls wird normal. Abgesehen von einem gewissen Gefühl der Schwäche ist nichts mehr wahrzunehmen. Zuweilen ist der Rachen stark entzündet, die Tonsillen zeigen Ulcerationen, so daſs Verfasser es erklärlich findet, weshalb solche Fälle als „Diphtherie" notiert worden sind. In den vom Verfasser beobachteten Fällen schälte sich die Haut in sehr kleinen und feinen Schüppchen, nicht wie bei Scharlach in groſsen Lamellen, auſserdem war die Haut nicht so intensiv rot, wie sie bei Scharlach zu sein pflegt. Der Verfasser findet in der Pathologie der Hautausschläge die Frage nicht gelöst, weshalb Ausschläge so verschiedenen Variationen unterworfen seien. *C. Berliner-Aachen.*

„Heimkehr"-Rückfälle bei Scharlachfieber, von James Niven. (*The Lancet*, 1. Aug. 1896. Verfasser macht für die Rückfälle, die nach der Entlassung der Patienten aus dem Hospital nach überstandenem Scharlach auftreten, die mangelhafte Desinfektion, vor allem der oberen Luftwege, verantwortlich. Er fordert gründliche Desinfektion derselben durch Gurgelungen und Sprühungen, Bäder, Aufenthalt für einige Tage in Übergangsabteilungen. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Frage der Scharlachnephritis, von Heinrich Levy. (*D. ärztl. Praktiker.* 1897. No. 5.) Die Mutter eines an Scharlach leidenden Kindes erkrankte nach dessen Genesung an akuter hämorrhagischer Nephritis, die gutartig verlief. Verfasser will diese Nephritis mit Scharlach in Zusammenhang bringen und nimmt eine Scarlatina fragmentaria (Leichtenstern) an, d. h. eine durch das Scharlachgift direkt ohne vorausgegangene sonstige Scharlacherscheinungen bedingte Nephritis. Er sträubt sich dagegen, eine Angina, die Patientin am zweiten Tage der Erkrankung ihres Kindes gehabt hat, als Angina scarlatinosa sine exanthemate anzusehen und die Nephritis auf diese Angina zurückzuführen. (Da das Scharlachexanthem so minimal sein kann, daſs es selbst dem suchenden Arzt entgeht, so steht die Scarlatina fragmentaria auf schwachen Füſsen. Ich sah vor einiger Zeit einen Knaben, der mit Erbrechen erkrankte und eine Angina zeigte. Bei genauem Suchen fand ich wenig ausgesprochene rote Pünktchen an den Knieen. Ich faſste den Fall als Scharlach auf und die folgende, schwere Nephritis mit Urämie gab mir Recht. Wie leicht kann auch bei der Patientin des Verfassers seiner Zeit ein solch minimales Exanthem der Beobachtung entgangen sein. Wie oft kommt man überhaupt in die Lage, bei Nephritis der Kinder auf eine übersehene Scarlatina zurückzuschlieſsen! D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von schwerer Gelenkerkrankung nach Scharlach, von Salman. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 52.) Ein Soldat erkrankte im Verlaufe eines Scharlachs an multiplen Gelenkentzündungen, die mit schweren septischen Allgemeinerscheinungen einhergingen. Das Leiden konzentrierte sich dann auf Knie- und Hüftgelenk, die Erguſs und periartikuläre Schwellung zeigten. Es kam in der Folge zur Ausheilung mit Ankylose, Spontanluxation, Kontraktion in der Hüfte und starker Bewegungsbeschränkung im Knie.

Bokai unterscheidet bei Scharlach folgende Formen von Gelenkentzündungen: 1. eitrige; a) pyämische, b) ursprünglich seröse, c) durch den Durchbruch pyämischer Abscesse entstandene. — 2. seröse; a) dem akuten Gelenkrheumatismus ähnliche, b) mehr chronisch verlaufende, zuweilen in Tumor albus übergehende, c) später eitrig werdende.

In diesem Falle handelte es sich in der Hüfte sicher um eine eitrige Entzündung mit einer sehr seltenen Folge, der Spontanluxation, die auf Destruktion des Gelenkes zurückzuführen ist. Das Kniegelenk bot hingegen das Bild des Tumor albus, ohne dafs aber Tuberkulose anzunehmen wäre. — Therapeutisch hat sich dem Verfasser das Natrium salicylicum gut bewährt; es stillte die Schmerzen und wirkte günstig auf das Allgemeinbefinden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Versuche von Serumtherapie bei Scarlatina mit dem Marmorekschen Antistreptokokkenserum haben A. Josias keine günstigen Resultate geliefert, so dafs er die alte Therapie empfiehlt: Milchdiät, Spülungen der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle, individuelle Hygiene. (*Bull. gener. de Thérapeut.* Bd. CXXX. 10.) *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Masern mit Pneunomie, gefolgt von Scharlach und Diphtherie berichtet M. Atkins (*The Lancet.* Nov. 1896.) — Die Scarlatina trat circa acht Tage nach eingetretener Reconvalescenz von den Masern auf und beinahe gleichzeitig mit ihr die Diphtherie. Vollständige Erholung. *C. Müller-Genf.*

Die Masern in den Schulen, von Caspar. (*Zeitschr f. Medisinalbeamte.* 1896. No. 17.) Statistische Angaben aus Budapest, die Körösi giebt, zeigen deutlich, dafs das Minimum der Epidemien stets in die Zeit der Schulferien fällt, der Schulbeginn eine Steigerung der Erkrankungen bewirkt, die Masern mit Schlufs des Schuljahres sehr abnehmen oder verschwinden. Daraus geht hervor, dafs die Schule als eine Hauptursache der Masernepidemien anzusehen ist. Eine Verlegung der Schulferien, wie sie 1876/77 eingeführt wurde, bewirkte auch eine Verschiebung der Masernepidemien. Dasselbe bewirkte die Sperrung der Schulen in Cholerazeiten. Körösi betrachtet die Masern als Schulkrankheit, die Bekämpfung derselben also in die Schule zu verlegen ist. Der Schulschlufs im Beginne der Epidemie ist notwendig als prophylaktische Mafsregel; auf der Höhe der Epidemie ist er mit Rücksicht auf die Nachkrankheiten notwendig. Der Ausfall der Unterrichtswochen läfst sich ausgleichen durch Verlegung der Schulferien. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Masern unter den Haustieren. (*The Brit. med. Journ.* 12. Dezember 1896.) Verschiedene Veterinärärzte haben die Beobachtung gemacht, dafs nicht nur Schafe, Tauben und Hunde, sondern alle Haustiere empfänglich für einen Ausschlag sind, der lebhaft an Masern erinnert. Dr. Behla in Luckau in der Lausitz hat bei einer jungen Taube eine den Masern ähnliche Krankheit dadurch hervorgerufen, dafs er in die Nasen-, Mund- und Rachenschleimhaut des Tieres den Nasenschleim eines an Masern erkrankten Kindes eingerieben hat. (Vergl. *Centralbl. f. Bakteriologie u. Parasit.* Bd. XX.). *C. Berliner - Aachen.*

Über Masernrecidive, von Feltz. (*Gas. hebd. de méd. et de chir.* No. 74. 1896.) Bei einem 7jährigen Kinde trat 14 Tage nach einem abgelaufenen typischen Masernexanthem eine zweite, ebenso typische und intensive Eruption ein, die ebenso günstig verlief wie die erste. Das zweite Kind (2 Jahre alt) zeigte ein typisches Recidiv 18 Tage nach dem Beginn der ersten Eruption von genau demselben Aussehen.
C. Müller-Genf.

Ein Fall von akuter aufsteigender Myelitis als Komplikation von Masern, von Ellison. (*The Lancet.* 17. Okt. 1896.) Der Knabe erkrankte an Masern, die Besserung schien schon einzutreten, da traten Urinretention, ziehende Schmerzen in Beinen und Füfsen, Gleichgültigkeit, hohes Fieber auf. Am folgenden Tage bestand Paraplegie mit totaler Anästhesie bis zu den Schultern, Reflexe erloschen; unter excessiver Fiebersteigerung erfolgte der Tod. *F. Hahn-Bremen.*

Konvulsionen und Phlebitis bei Masern, von E. Mackey. (*The Brit. med. Journ.* 19. Dezember 1896.) Ein 10jähriger, früher gesunder aber nervöser Knabe erkrankt am 16. Juli an Masern, nach zwei Tagen stellen sich schwere Gehirnerscheinungen ein, unter denen der Patient zu Grunde geht. Die Autopsie des Gehirns ergab starke Kongestion in den Venen. — Ein zweiter Fall bei einem 15 Monate alten Kinde verlief unter ähnlichen Erscheinungen ebenfalls letal. — Verfasser glaubt, dafs im Blute kreisende Toxine in diesen beiden Fällen vorwiegend auf die Nervencentren eingewirkt hätten, und hofft, da man mit Medikamenten der verderblichen Wirkung der Toxine machtlos gegenüberstehe, mit Einspritzungen von Antistreptokokkenserum, wie bei Pyämie, in der Zukunft Erfolge zu erzielen.

C. Berliner-Aachen.

Zur Prophylaxe der Masern, von Reinhard Caspar. (*Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. etc.* 1896.) Verfasser stellt folgende Beobachtungen fest: Die Mortalitätsziffer beträgt bei Masern 1,2—7,1% (in einem Orte des Regierungsbezirks Stettin betrug die Sterblichkeit sogar 40%). Gutartige Masernepidemien ändern oft unvorhergesehen ihren Charakter. — Masern sind kontagiös, folgen bestimmten Verkehrstrafsen, sind von Person zu Person besonders im Prodromalstadium durch Einatmung übertragbar, können auch durch den Postverkehr vermittelt werden. — Von der Höhe der Epidemie in einem Dorfe bis zur Höhe in einem Nachbardorfe pflegen 4 Wochen zu vergehen. — In einer Schule treten die Masern in drei Etappen auf: Ersterkrankung, nach 14 Tagen Erkrankung von 4—6 Kindern, nach weiteren 14 Tagen Erkrankung fast sämtlicher Schulkinder. — In den einzelnen Ortschaften wiederholen sich Masernepidemien nach 6, 5, 3, ja nach 2 Jahren.

Betreffs der Prophylaxe macht Verfasser folgende Vorschläge: 1. Die absichtliche Infektion gesunder Kinder mit Masern ist zu verwerfen. 2. Eine geordnete Prophylaxe ist anzustreben. 3. Der Verkehr der Kinder aus infizierten mit nicht infizierten Ortschaften ist zu beschränken, besonders ist gemeinsamer Schul- und Konfirmandenunterricht, sowie das Verziehen der Hütekinder zu untersagen. 4. Beim Umzuge der Tagelöhner sind Familien, in denen sich masernkranke Kinder oder Rekonvaleszenten nach Masern befinden, dem neuen Ortsvorsteher als solche zu melden. 5. In Dörfern, denen die Gefahr einer Maserninvasion droht, hat für die Dauer dieser Gefahr der Postverkehr nicht durch den Lehrer und nicht im Schulhause stattzufinden. 6. Nach der Ersterkrankung an Masern ist die Schule prophylaktisch zu schliefsen, bis sich herausstellt, wie viele Kinder von der Erkrankung infiziert sind. Diese sind dann von der Schule zurückzuhalten, so dafs keine masernverdächtige Kinder mehr die Schule besuchen. 7. Gelingt das Beschränken der Epidemie durch den prophylaktischen Schulschlufs nicht, so ist auf der Höhe der Epidemie abermals Schulschlufs anzuordnen mit Rücksicht auf die Rekonvaleszenz und die Nachkrankheiten der Kinder. 8. Zum Gelingen eines prophylaktischen Schulschlusses ist eine Meldung der Ersterkrankung, sowie sofortiges persönliches Eingreifen des Medizinalbeamten erforderlich. 9. Die sonstigen Mafsregeln zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Masern, wie allgemeine Anzeigepflicht, Desinfektion der Schulzimmer, Verbot der Schaustellung der Leichen etc., sind auch ferner sorgfältig zu beachten. 10. Es sind Versuche über die Assanierung der Ausatmungsluft Masernkranker anzustellen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Wirkung der warmen Bäder bei Masern rühmt Rix als ein vorzügliches Mittel zur Abkürzung der Krankheit und zur Vermeidung von Komplikationen von Seiten der Nieren und Lungen. Die 90—100° F. warmen Bäder werden alle zwölf Stunden wiederholt und dauern 8—10 Minuten lang. Nach dem Bad wird der Patient gut abgetrocknet und warm eingewickelt. Nach Abfall des Fiebers werden die Bäder

nur noch einmal täglich gegeben. Von den sog. Milchbädern hat R. keine besondere Wirkung beobachtet. Es ist darauf zu achten, dafs während des Bades die Haare nicht nafs werden, damit Erkältungen vermieden werden. (*The Brit. med. Journ.* 7. Nov. 1896.) *C. Müller-Genf.*

Röteln sind eine spezifische Krankheit, von Bromler. (*The Glasgow med. Journ.* August 1896.) Die Diagnose stützt sich nach Verfasser auf das rasche Einsetzen, mit wenig oder keinen Prodromen. Das Fieber ist verhältnismäfsig mild, es bestehen wenig allgemeine Beschwerden, auch wenn der Ausschlag sehr reichlich ist. Der Ausschlag ist diskret, zeigt rosarote Flecke, meist rund und von verschiedener Gröfse. Nackendrüsen sind deutlich geschwollen. Zunge zeigt dicken Belag, der sich in grofsen Flatschen abstiefs. Halsbeschwerden sind meist gering.

F. Hahn-Bremen.

Über das epidemische Auftreten der Roseola (Röteln) auf der Scharlach-Abteilung des Hospitals zu Glasgow berichten John Brownlee und Campbell S. Marshall. 15 Fälle, von welchen die meisten zuerst ausgesprochenen Scharlach hatten. Kurze Schilderung des klinischen Verlaufs. (*The Glasgow med. Journ.* März 1897.)

H. Einhorn-München.

Streptokokken-Varicellen, von Bolognini. (*La Pediatria.* No. 5. 1897.) B. berichtet über eine kleine Varicellenepidemie, die sich durch eine seltene Komplikation auszeichnete. Bei 12 (von 15) der erkrankten Kinder verlief das Exanthem ganz normal bis zum Stadium, wo die Bläschen unter normalen Verhältnissen einzutrocknen anfangen. Statt dessen nahmen die Efflorescenzen aber plötzlich wieder an Umfang zu, um nach 24 Stunden den Durchmesser eines 2 Centimes-Stückes zu erreichen. Nach einigen weiteren Stunden platzten die Blasen und es entleerte sich aus denselben eine dicke, weifsliche, zahlreiche Staphylo- und einzelne Streptokokken enthaltende Flüssigkeit. Ein Fall, in welchem die Blasen nur Streptokokken enthielten, verlief letal (Abscesse in den Nieren). Der Urin sämtlicher 12 Patienten enthielt Eiweifs; keine Erscheinungen von Nephritis. *C. Müller-Genf.*

Die Inkubationsperiode der Varicellen, von Goodall und Washbourn. (*The Brit. med. Journ.* Sept. 1896.) Nach den Untersuchungen der Verfasser ist dieselbe verschieden lang, beträgt aber nie weniger als 12 und meist mehr als 14 Tage.

C. Müller-Genf.

Von der Nichtidentität der Varicellen und der Variola konnte sich Vostano während einer Pockenepidemie in Capua (1891) sowie der nachfolgenden Varicellenepidemie überzeugen. (*Gaz. med. lombarda.* No. 27. 1896.)

C. Müller-Genf.

Zur Geschichte der Pockenimpfung, von Wilhelm Ebstein. (*Der ärztl. Prakt., Die ärztl. Praxis.* 1897. No. 12.) Eine kurze, aber inhaltreiche Darstellung der Geschichte der Pockenimpfung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Pockenstatistik der österreichischen Staatsbahngesellschaft, von Körösi. (Braunschweig 1896, Friedr. Vieweg & Sohn.) Verfasser hat die von impfgegnerischer Seite oft benutzten Statistiken des Chefarztes Keller der österreichischen Staatsbahn einer eingehenden Revision unterzogen. Er konnte in zahlreichen Fällen Fälschungen der Statistik nachweisen und somit den Beweis liefern, dafs auch bei der österreichischen Staatsbahn sich die Impfung als glänzendes Schutzmittel gegen die Pocken bewährt hat. *F. Hahn-Bremen.*

Blatternmortalität in Konstantinopel, von E. v. Düring. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No, 5.) In den Jahren 1887—95 starben an Variola in Konstantinopel 2988 Personen unter 107189 Todesfällen, d. h. fast 3%. Es scheint, als ob immer auf einen zweijährigen Turnus relativer Ruhe eine zweijährige Epidemiedauer folgt. Das geht aus folgenden Zahlen hervor:

	Total	an Blattern	
1887/88	11 864	659	
1888/89	10 671	103	
1889/90	11 658	30	
1890/91	11 292	389	
1891/92	11 877	490	
1892/93	10 902	116	
1893/94	13 763	73	(an Cholera 628)
1894/95	12 878	773	(„ „ 68)
1895/96	12 934	855.	

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eingehende statistische Erhebungen über drei Blatternepidemien hat Sidney Coupland zu Dewsbury, Leicester und Gloucester angestellt. (*The Lancet.* 20. u. 27. Februar 1897.) Unter 9095 der Infektion ausgesetzten Personen erkrankten 32,1%, starben 2,1%, die Mortalität der Erkrankungsfälle betrug 16%. Interessant ist der Einfluſs der Vaccination. Während von den geimpften Kindern unter 1 Jahr nur 3,2% erkrankten ohne Todesfall, erkrankten von den nicht geimpften 45,5% mit 66,0% Todesfällen. Im Alter von 1—10 Jahren erkrankten von den geimpften Kindern 9,3% mit 2,9% letalem Ausgange, von den nicht geimpften 46,5% mit 29,9% Todesfällen. Auch in den späteren Jahren sind die Durchschnittszahlen bei den Nichtgeimpften bedeutend höher. Auf Grund der einzelnen Evolutionsstadien, des speziellen Charakters des Exanthems, dessen Ausdehnung und Verteilung werden verschiedene Blatterntypen aufgestellt, deren Auftreten in den verschiedenen Lebensaltern eingehend erörtert wird. *H. Einhorn-München.*

Die prodromalen Ausschläge der Pocken, von Robinson. (*The Lancet.* 16. Mai 1896.) In 11% der Fälle traten prodromale Eruptionen auf; sie präsentieren sich als Erytheme oder subcutane Hämorrhagien am Tage vor dem Auftreten der charakteristischen Papeln, und sind häufig nicht eben flüchtig. Die Erytheme sind von Masern- oder Scharlach-Typus; sie waren nie eleviert oder infiltriert. Die Hämorrhagien traten auf in Gestalt zahlreicher Petechien. Meist zeigten sie sich bei früher geimpften Leuten, und galtem demnach als signum boni ominis; die von Erythem bedeckten Stellen wurden selten von Pusteln besetzt, und sagten somit auch oft eine geringe Ausbreitung des typischen Exanthems an. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von konfluierendem Pocken bei einem Lascaren, von Macphail, (*The Lancet.* 20. Juni 1896.) Verfasser, der eine Reise als Schiffsarzt machte, schildert einen schweren Fall von konfluierenden Pocken, der tötlich endete. Ein zweiter Mann, der von diesem Patienten angesteckt wurde, erkrankte leichter und genas.

F. Hahn-Bremen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 8. 15. Oktober 1897.

Über weitere Erfahrungen mit Ichthalbin (Ichthyoleiweifs).

Von

Dr. med. et phil. Arnold Sack in Heidelberg.

Vortrag, gehalten in der dermatologischen Sektion des XII. Internationalen medizinischen Kongresses in Moskau.

M. H.! In meiner ersten Veröffentlichung über das Ichthalbin (*Dtsch. med. Wochenschr.* No. 23. 1897[1]) teilte ich die Resultate meiner ersten Versuche mit diesem neuen, auf meine Veranlassung hergestellten Ichthyolpräparat mit. Ehe ich weiteres darüber mitteile, halte ich es für angebracht, noch einmal in kurzen Worten auf das Ichthyol selbst, auf seine Zusammensetzung, soweit diese überhaupt erforscht ist, sowie auf die Indikationen für seine Anwendung zurückzukommen.

Das Ichthyol ist ein sulfoniertes Destillationsprodukt eines bituminösen Gesteins, das in der Nähe von Seefeld (Tirol) gefunden wird. In den Schichten dieses Gesteins finden sich zahllose Abdrücke von in prähistorischen Zeitperioden hier zu Grunde gegangenen Fischen, so dafs es berechtigt erscheint, das im Gestein enthaltene Rohöl in genetische Beziehung zu den Resten der untergegangenen lebenden Wesen zu bringen.

Die von Baumann und Schotten seiner Zeit aufgestellte Formel $C_{28}\,H_{36}\,S.\,(SO_2 \cdot OH)_2$ bezieht sich, wenn sie richtig ist, nur auf den einen Hauptbestandteil des Ichthyols, die Ichthyolsulfosäure, deren Salze (Natrium, Ammonium und Lithium) von den Ichthyolproduzenten in den Handel gebracht werden. Ein Blick auf diese Formel lehrt, dafs die Verbindung einen hohen Schwefelgehalt hat. Die Hauptrolle aber bei der physiologischen und therapeutischen Wirkung des Ichthyols spielt wahrscheinlich nur jener Teil des Schwefels, der direkt als solcher, nicht als Sulfogruppe, an Kohlenstoff gebunden ist. Die Bindung ist eine so chemisch feste, dafs dieser Schwefel, ohne Zerstörung des Ichthyols selbst, nicht gut aus ihm ausgeschieden werden kann.

Dies ist auch alles oder beinahe alles, was über die chemische Natur

[1] Referiert in *dieser Zeitschrift*. 1897. Bd. XXV, Heft 5, S. 260.

des Ichthyols aus der Litteratur bis heute bekannt war. In den wissenschaftlichen Kreisen begegnet man aber mit Recht solchen Arzneikörpern, deren chemische Physiognomie nur unvollständig studiert worden ist, mit einem gewissen wohlerklärlichen Mifstrauen. Wenn Ichthyol dessenungeachtet eine so grofse Verwendung in der ärztlichen Praxis findet und die Zahl seiner Freunde von Jahr zu Jahr steigt, so mufs der Grund dieser im steten Wachstum begriffenen Sympathien für das Mittel weniger in der Vertiefung unserer Kenntnisse über die Natur des Ichthyols, als vielmehr in den auf empirischem Wege gewonnenen Erfolgen des Mittels gesucht werden. Es kann daher vom Standpunkte der wissenschaftlichen Forschung nur erwünscht sein, wenn über die Chemie dieses Körpers etwas mehr Licht verbreitet wird.

Ich betrachte daher den ersten Schritt, den ich in dieser Richtung gethan habe, indem ich meinen Freund, Herrn Dr. Vieth, veranlafste, das Ichthyol in eine chemisch wohl charakterisierbare Eiweifsverbindung überzuführen, als einen Markstein in der Geschichte des Ichthyols, welcher einen neuen Weg bezeichnet. Auf diesem Wege der exakten chemisch-pharmakologischen Forschung wird es vielleicht bald gelingen, in die komplizierte Zusammensetzung des Körpers einzudringen und alles aus ihm auszuscheiden, was, ohne im mindesten seinen therapeutischen Effekt zu erhöhen, seine bekannten lästigen Eigenschaften bedingt. Unsere Untersuchungen sind aber noch nicht abgeschlossen, so dafs es verfrüht wäre, schon jetzt näheres darüber mitzuteilen. Herr Dr. Vieth wird in einer demnächst erscheinenden fachmännischen Veröffentlichung die Ergebnisse seiner Untersuchungen bekannt geben.

Vorläufig sei zur Orientierung nur folgendes gesagt:

Das Ichthyol besteht im wesentlichen aus zwei Klassen von Körpern: Sulfosäuren und neutralen Sulfonen, deren Mengen sich zueinander wie 3 zu 1 verhalten. Während die Sulfosäuren einen sehr hohen Schwefelgehalt (18%) aufweisen, enthalten die Sulfone nach vorläufigen Analysen nur 9,2% Schwefel. Somit entfallen von dem im Ichthyol enthaltenen Gesamtschwefel sechs Teile auf die Sulfosäuren und nur ein Teil auf die Sulfone. Es leuchtet ein, dafs die Sulfosäuren demnach den physiologisch und therapeutisch weitaus wichtigeren Faktor im Ichthyol repräsentieren.

Aufserdem ist in dem zur Zeit käuflichen Ichthyol noch eine geringe Menge (1%) eines flüchtigen Öles vorhanden, welches auch ganz kleine Mengen Schwefel enthält. Dieses Öl ist der Hauptträger des unangenehmen Geruches und Geschmackes des gewöhnlichen Ichthyols. Nimmt man das Öl für sich ein, so verursacht es heftiges Aufstofsen und Übelkeit — Erscheinungen, die man auch bei Verabreichung des Ichthyols selbst, wenn der Patient einen empfindlichen Magen hat, aber natürlich in entsprechend geringerem Grade, beobachten kann.

Was geht nun von diesen Körpern in unsere Eiweifsverbindung — in das Ichthalbin über?

Zunächst, d. h. bei der ersten Fällung (vergl. meine erste Arbeit) wohl alles! Eine wirkliche chemische Verbindung bilden jedoch blofs Sulfosäuren und Sulfone, während das flüchtige Öl durch Erhitzen oder Extrahieren leicht entfernt werden kann.[2] Es wird also bei diesem Verfahren ein Produkt erzielt, welches die wirksamen Bestandteile des Ichthyols vollständig enthält,[3] ohne durch die geringe Verunreinigung mit dem flüchtigen Öle die lästigen Eigenschaften des Ichthyols zu haben. Weiteren Versuchen bleibt es vorbehalten, festzustellen, ob auch den Sulfonen nennenswerte therapeutische Wirkungen zukommen. Sollten sie solche besitzen, so sind die Sulfone ja in unserem Ichthalbin enthalten; sind sie dagegen entbehrlich oder gar überflüssig, so macht es keine Schwierigkeiten, auch diese zu extrahieren.

Sie sehen also, meine Herren, dafs wir nicht mehr fern vom Ziele sind und dafs es nur Sache fernerer Experimente ist, aus einem schwankenden und komplexen Körper, wie das Ichthyol, Substanzen zu isolieren, welche allen Anforderungen der wissenschaftlichen Pharmakodynamik genügen.

Vorerst haben wir aber schon in Ichthalbin einen Körper, der — für den innerlichen Gebrauch, wohlgemerkt! — dem Ichthyol nicht nur gleichwertig, sondern direkt überlegen ist, insofern als alle störenden Eigenschaften und Nebenwirkungen des Ichthyols auf das Glücklichste aus ihm eliminiert sind.

Das Ichthalbin wird von der Chemischen Fabrik Knoll & Co. in Ludwigshafen nach einem Verfahren dargestellt, welches der von Prof. Gottlieb in Heidelberg bei der Darstellung des Tannalbin aus Tannin angewandten Methode vollständig analog ist (vergl. meine erste Arbeit). Es stellt ein geruch- und geschmackloses, feines, bräunliches Pulver dar, welches auch vom empfindlichsten Magen ohne jede Belästigung ertragen wird. Es geht durch den Magen unzersetzt und unresorbiert durch, weil es in Säuren unlöslich ist, spaltet sich dagegen erst im alkalischen Darmsaft ganz langsam und allmählich in seine Komponenten: Ichthyol und Eiweifs (bezw. Peptone). Dadurch wird eine vollständige Ausnützung und Resorption des aus ihm „nascierenden" Ichthyols im Verlaufe des ganzen Darmtractus gewährleistet, und es kann sich daher

[2] Durch systematisches Behandeln mit gewissen Lösungsmitteln können mit einem kleinen Teile der Sulfosäuren schliefslich auch die Sulfone aus dem Ichthalbin entfernt werden, deren Bindung an Eiweifs offenbar viel lockerer ist als die der Sulfosäuren.

[3] Am besten liefse sich dies beweisen, wenn man das aus Ichthalbin durch Behandlung mit Alkalien wieder gewonnene Ichthyol, das bis auf das Öl alles enthält, was auch das ursprüngliche Ichthyol enthielt, therapeutisch noch einmal prüfen würde.

auch seine örtliche Einwirkung auf die Darmschleimhaut bis zu den untersten Darmabschnitten hin erstrecken.

Ich habe schon in meiner ersten Publikation die Hauptindikationen für den Ichthalbingebrauch durchgesprochen. Ich sagte dort, dafs sie sich im grofsen und ganzen mit denen für das Ichthyol selbst aufgestellten decken. Die reduzierenden, d. h. sauerstoffentziehenden Eigenschaften des Ichthyols, auf die ganz besonders UNNA bei äufserlichem Gebrauch grofses Gewicht legt, will ich hier nicht berühren, da sich das Ichthalbin für solchen Gebrauch nur sehr wenig eignet. Die reduzierende Kraft des Ichthyols ist aber zweifellos ein interessantes Kapitel, und es verlohnt sich wohl, es noch einmal gründlich durchzunehmen. Ich hoffe, dafs es Herrn Dr. VIETH gelingen wird, bestimmte chemische Nachweise für oder gegen die supponierte reduzierende Eigenschaft des Ichthyols zu liefern. Ich mufs auch nur ganz allgemein hier auf die überhäutende, entzündungswidrige und gefäfszusammenziehende Wirkung auf die Haut, die dem Ichthyol im hohen Mafse zukommt und für uns Dermatologen ungemein wertvoll ist, hinweisen, eben aus dem oben angeführten Grunde und weil ich hier nicht über das Ichthyol, sondern über das Ichthalbin sprechen will.

Wichtig sind dagegen für unser Thema die allgemeinen Wirkungen des Ichthyols, also auch des Ichthalbins, die beim innerlichen Gebrauch des Mittels beobachtet werden und nur auf seiner Resorption von den Schleimhäuten aus beruhen können. Dieselben bestehen 1. in einer auffallenden Beeinflussung aller mit Gefäfsdilatation einhergehenden Entzündungs- und Exsudationszustände, auch der entferntesten und periphersten Gefäfsbezirke; diese beruht wiederum auf der gefäfskonstringierenden Eigenschaft des resorbierten Ichthyols; 2. in Regelung der Peristaltik; 3. in Anregung des Appetits und 4. in Hebung des Allgemeinbefindens und Erhöhung des Körpergewichtes. Nach den in der Litteratur vorhandenen experimentellen Belegen (HELMERS, ZÜLZER, CECONI) müssen diese Wirkungen auf den im Ichthyol so eigenartig an Kohlenstoff gebundenen Schwefel zurückgeführt werden, welcher die Assimilationsthätigkeit der Zelle auffallend günstig beeinflufst.

Dafs diese so seltene Vereinigung von so wertvollen Eigenschaften auch uns Dermatologen in ganz besonderem Mafse interessieren mufs, brauche ich kaum besonders zu betonen. Wenn auch das Hauptanwendungsgebiet des Ichthalbins mehr in den Bereich der mit Darm- und Ernährungsstörungen einhergehenden inneren Krankheiten, vor allem der Tuberkulose, fällt, wo Ichthyol sich schon so gut bewährt hat (LE TANNEUR, COHN, SCARPA, FRÄNKEL),[4] so giebt es dennoch auch in unserer dermato-

[4] Ich kann mir nicht versagen, hier auf zwei Fälle von günstiger Beeinflussung der Tuberkulose durch Ichthalbin näher einzugehen, deren Kenntnis ich der Liebenswürdigkeit der Kollegen SCH. und Sanitätsrat FR. verdanke. Im ersten handelt es

logischen Praxis genug Fälle, wo wir uns — mitunter vergeblich — nach einem tonisierenden Mittel umsehen, das auf die Dauer, ohne dem Patienten zu schaden, gegeben werden könnte. Wie fest wir von den Heilerfolgen des Arsenik bei manchen schweren Dermatosen überzeugt sind, so können wir doch die in mancher Hand bis zum Mifsbrauch sich steigernde Arsenikmedikation für die Mehrzahl der Hautkrankheiten, wo es auf die Hebung des Allgemeinbefindens und Regelung der Darmthätigkeit ankommt, nicht gutheifsen. Wir müssen daher herzlich froh sein, ein Mittel zu besitzen, welches, ohne zu schaden, den Körper im Kampfe auch gegen die Hautkrankheit zu unterstützen vermag. Vergessen wir doch nicht, dafs wir Dermatologen gerade so wenig wie andere Spezialisten den Zusammenhang des Hautorgans mit dem Gesamtorganismus aus dem Auge verlieren dürfen. Wie paradox es für manches Ohr auch klingen mag, ich mufs z. B. bedauern, dafs die früher so beliebt gewesene Behandlung von Hautkrankheiten mit per os gereichtem Schwefel, die in der Veterinärmedizin noch immer eine grofse Rolle spielt, in Deutschland wenigstens beinahe ganz vergessen worden ist. Ich will nicht die Schwefelbehandlung, wie sie früher geübt wurde, wieder herbeisehnen, da ich nicht gut daran glaube, dafs der gemeine amorphe Schwefel in grofsen Mengen resorbiert werden kann. Ich glaube vielmehr, dafs seine Wirkung mehr der von Purgantien gleichkommt, welche in der Hauttherapie übrigens auch nicht allzu sehr verächtlich angesehen werden sollten. Hat man aber eine Schwefelverbindung, welche resorbierbar ist, wie das Ichthalbin, so kann man als Dermatologe es nicht hoch genug anschlagen.

Doch würden Sie vielleicht erwidern, hier in diesem Kreise von Dermatologen und namentlich auch in Gegenwart des Begründers der Ichthyoltherapie, meines verehrten Lehrers Dr. Unna, noch eine Lanze für die Ichthyolmedikation brechen, — hiefse Eulen nach Athen tragen! Nun, ich wäre wirklich froh, wenn die These von der Brauchbarkeit der inneren Ichthyol-, also auch Ichthalbintherapie, keiner Begründung und keines Hinweises auf die damit zu erzielenden Erfolge mehr bedürfte, und wenn die Überzeugung von den Wohlthaten, welche wir Dermatologen

sich um eine in den letzten Stadien der generalisierten Tuberkulose sich befindende 32jährige Dame, die an unstillbaren Diarrhöen infolge einer auch tuberkulösen Darmaffektion litt, gegen welche sogar so wirksame Mittel, wie Opium und das ausgezeichnete Tannalbin, ganz ohnmächtig blieben. Nach einem zweitägigen ausgiebigen Ichthalbingebrauch wurden die Stühle normal, der Appetit und das Allgemeinbefinden hoben sich während des dreiwöchentlichen Ichthalbingebrauchs ganz auffallend und die Patientin war glücklich darüber. Nach dem Aussetzen des Mittels stellten sich wieder Diarrhöen ein. Man versuchte nun wieder — ohne Erfolg — Opium und sehr hohe Dosen Tannalbin. Dann griff man wieder nach dem Ichthalbin, nach welchem die Patientin verlangte, und alsbald war der volle Erfolg wieder da. Doch vermochte auch das Ichthalbin nicht das Fortschreiten der Tuberkulose hintanzuhalten, und der Tod ereilte die Kranke einige Monate später. In einem anderen Falle von Affectio apic. pulmon. tub. mit hochgradiger Anämie war der Einfluſs auf den Appetit und die Hebung des Allgemeinbefindens ein frappanter.

dem Ichthyol verdanken, alle hier Anwesenden so durchdrungen hätte, wie mich z. B. Aber dieser Illusion gebe ich mich durchaus nicht hin. Ich weifs, dafs noch immer teils Vorurteile, teils Gleichgültigkeit dem Ichthyol gegenüber sehr viele von dem Gebrauch, welchen das Mittel verdient, abhalten.

Bei mir aber ist die Überzeugung immer fester geworden, dafs wir in keiner anderen besseren Form resorbierbaren Schwefel in den Körper bringen können als in der von Ichthyol, oder noch besser in seiner gereinigten und geradezu idealen Gestalt als Ichthalbin.

Noch vor kurzem hatte ich die Gelegenheit, mich von der ungemein sicheren und prompten Wirkung des Ichthalbins in zwei Fällen zu überzeugen, die wohl geeignet sind, hier kurz mitgeteilt zu werden. In einem handelte es sich um einen etwa 40jährigen Fabrikarbeiter L., der im Betriebe einer chemischen Fabrik eine augenscheinlich toxische Dermatitis der Hände und Vorderarme acquirierte, welche nach einer gewissen Zeit auch die Füfse ergriff. Als ich den Kranken sah, hatte er sein qualvolles Leiden schon seit etwa 1½ Jahren und war trotz aller möglichen therapeutischen Versuche nach wie vor aufser stande, irgend welche Arbeit mit den Händen zu verrichten, noch weniger aber gröfsere Entfernungen zu Fufs zurückzulegen. Die Hände waren unförmlich geschwollen, ödematös, die verdickte, rissige und schwielige cyanotisch-rot verfärbte Haut derartig heifs und gespannt, dafs der Patient keine Bewegung weder in den Metacarpophalangeal- noch in den Phalangealgelenken selbst auszuführen vermochte. Die Füfse waren ein Bild des Jammers. Glänzende, heifse, über dem ödematösen Zellgewebe bis „zum Platzen" gespannte Haut, an vielen Stellen äufserst schmerzhafte blutige tiefe Rhagaden und Blasen. 2%ige Ichthyolumschläge unter Guttapercha äufserlich und grofse Dosen Ichthalbin (bis 4,0 gr pro die) innerlich besserten den Zustand in wenigen Tagen soweit, dafs man von dem Ödem kaum noch etwas zu sehen war, die unerträgliche Hitze beinah ganz nachliefs und die Gelenkigkeit der Hände und der Füfse sich wieder einzustellen begann. — Nach 14 Tagen war der Fortschritt so bedeutend, dafs Patient leichtere Arbeit in der Fabrik wieder aufnehmen konnte.

Ein anderer Fall betrifft ein kleines Mädchen von 3½ Jahren, Namens U., das an exacerbierendem, chronischem, universalem Ekzem von einer Ausdehnung und Heftigkeit litt, die man nur selten zu sehen Gelegenheit hat. Der ganze Körper stellte eine zum Teil nässende, zum Teil in grofsen, am Leibe hängenden Fetzen schuppende Fläche dar, die carminrot, ödematös und glänzend war und dem Kinde wahnsinniges Jucken verursachte, so dafs dasselbe seit einer Reihe von Tagen und Nächten weder selbst das Auge vor Schmerzen und Pruritus geschlossen, noch den Eltern, die immerfort das tobende und kratzende Kind beschwichtigen und überwachen mufsten, die Nachtruhe gelassen hat. Die von mir gleich angeordnete konsequente „Ichthyolisierung" des Kindes, bestehend in feuchten 2% Ichthyolkompressen für den ganzen Leib und in entsprechend grofsen Dosen (2,0 pro die) Ichthalbin innerlich, war ein glücklicher Griff. Es vergingen kaum einige Tage, als das entsetzlich entstellte Kind einigermafsen menschenwürdiges Aussehen wieder bekam und nach 4 Wochen die Krankheit nur noch Spuren hinterlassen hat. Das Kind, wie auch der erste Patient bekamen auch später nach wie vor Ichthalbin, welches auf das Allgemeinbefinden — besonders des Kindes — einen so mächtigen Einfluss ausübte, dafs der verloren gegangene Appetit und der Schlaf sich wieder einstellten und eine rapide Gewichtszunahme konstatiert werden konnte.

Nun, meine Herren, solche Fälle bleiben fest im Gedächtnis haften und sie werden mir nicht verdenken, wenn ich sie als Paradigmata hier aufgestellt habe. Es liegt mir fern, Sie hier mit weiteren Krankengeschichten zu behelligen. Ich will nur im allgemeinen dasjenige rubrizieren, was ich bis heute von Ichthalbin in dermatologischen Fällen schon gesehen habe.

Für ganz besonders geeignet halte ich die konsequente Darreichung des Ichthalbins dort, wo es sich um Dilatationszustände der peripheren Kapillarbezirke in der Haut handelt, also vor allem bei Rosacea. Hier werden durch das Ichthalbin die habituellen Gesichtswallungen sehr rasch coupiert und bald sieht man die bis dahin extrem dilatierten Kapillaren, besonders, wenn noch gelinde Schwefel- und Ichthyolbehandlung von aufsen dazu kommt, immer mehr schrumpfen. Gegen rein seborrhoische Formen der Rosacea, also das, was man gewöhnlich als Acne rosacea bezeichnet, ist Ichthalbin allein weniger wirksam. Hier sind vielmehr energisch wirkende Schälmittel am Platze.

Dann hat sich das Ichthalbin bei Stauungsdermatosen, die häufig bei überernährten Kindern mit seborrhoischer Grundlage kombiniert sind, bewährt. Solche auf Stauung in sehr fettreicher, schwammiger, meist anämischer Haut der Kinder beruhende Ekzeme werden aufserordentlich günstig durch lang fortgesetzten Ichthalbingebrauch beeinflufst, wobei vielleicht die stuhlanregende Nebenwirkung des Ichthalbins auch eine gewisse Rolle spielt.

Ganz aufserordentlich wichtig scheint mir aber das Ichthalbin zu sein in allen denjenigen Fällen, wo es darauf ankommt, ein mildes Tonicum und Antisepticum während längerer Zeitdauer in den Darm einzuführen, also bei allen mit schwer definierbaren, aber zweifellos existierenden Darmstörungen einhergehenden Dermatosen reflektorischen und trophischen Charakters, wie bei Urticaria ex ingestis, bei dubiösem Pruritus partialis und universalis ohne anatomische Grundlage, bei dem sog. Lichen strophulus der schlecht genährten Kinder etc. etc. Der Zusammenhang dieser und ähnlicher Hautkrankheiten mit der Darmthätigkeit ist durchaus noch nicht aufgeklärt, aber er besteht unzweifelhaft. Und hier setzt das Ichthalbin vielleicht vermöge seiner lokalen Wirkungen auf den Darm sehr gut ein. Mir schwebt ein Fall vor, wo bei einer bejahrten Frau ein Pruritus vulvae heftigster Art, der schon anatomische Veränderungen sekundärer Natur in der Epidermis gesetzt hat, durch wässerige 2 %ige Ichthyolumschläge und Ichthalbin in grofsen Dosen innerlich unter Erscheinungen der beschleunigten Peristaltik ungemein rasch zur Heilung gebracht wurde. Ich wiederhole, wir Dermatologen müfsten auf den Darm mehr Rücksicht nehmen, als wir es im grofsen und ganzen zu thun pflegen.

Da Ichthalbin in gröfseren Dosen ein direkt eiweifssparendes Mittel ist (vergl. meine erste Abhandlung), so ist es ferner ein unersetzliches

Mittel bei solchen Zuständen, die mit Konsumption einhergehen. Für den Dermatologen kommt von solchen die Hauttuberkulose, die häufig mit Körperschwund einhergeht, floride Syphilis und verschiedene maligne Dermatosen in Betracht. In einem Falle von Lupus, wo während einiger Monate die Behandlung mit dem neuen Kochschen Tuberkulin fortgeführt wurde und — vielleicht infolge dieser Behandlung — Gewichtsabnahme bemerkt wurde, war es mir gelungen, durch gleichzeitiges Darreichen gröfserer Ichthalbingaben das Gewicht nicht nur im Gleichgewicht zu erhalten, sondern sogar nach und nach höher zu bringen, als es vor der Behandlung gestanden hatte. — Bei Syphilitikern, welche bei mir Schmier- und sonstige spezifische Kuren, die mit nennenswertem Gewichtsverlust einhergehen, durchmachen, pflege ich jetzt stets den schwächenden Einfluſs der Kur durch grofse Gaben Ichthalbins im Schach zu halten, was mir auch in den meisten Fällen gelungen ist. Ich erinnere mich eines Falles von sekundärer Lues, die mit starken schmerzhaften Schwellungen der sämtlichen Lymphdrüsen im Bereiche der Halsgegend einherging, gegen welche weder Hg noch Jod etwas auszurichten vermochten. Ich griff versuchsweise nach Schilddrüsenextrakt in Gestalt des Thyradēn. Der therapeutische Erfolg war ein eklatanter. Die Drüsenschwellungen gingen äufserst schnell zurück, aber die unter Schilddrüsenmedikation unausbleibliche Abmagerung stellte sich, wie ich erwartet hatte, sehr bald ein. Ich versuchte, die emaciierende Wirkung des Schilddrüsenextraktes durch die eiweifssparende des Ichthalbins zu paralysieren. Der Patient, der Reserveoffizier war, muſste zur Übung, die bekanntlich auch eher zur Reduktion als zur Zunahme des Körpergewichtes disponiert, und nahm während der Übungszeit unausgesetzt Thyradēn und Ichthalbin zugleich. Anstatt abzumagern, kam er nach 8 Wochen um 4 Pfd. schwerer als wie er ging.

Meine Herren! Das sind Thatsachen, die ihren Eindruck nicht verfehlen können, wenn man sie wiederholt erlebt hat.

Ich ziehe somit aus dieser kurzen, Ihnen hier heute vorgetragenen Betrachtung den einfachen Schluſs:

So lange wir nicht im Besitz eines noch besseren Mittels sind als des Ichthalbins, müssen wir das letztere überall dort anwenden, wo wir bis heute Ichthyol innerlich gegeben haben, denn es ist, wie oben ausgeführt, dem Ichthyol bedeutend überlegen. Aber auch dort, wo wir noch nie Ichthyol gegeben haben, sind wir verpflichtet, wenigstens einen Versuch mit Ichthalbin zu machen, falls aus theoretischen Gründen nichts gegen seine Anwendung spricht und der Fall so liegt, daſs die erörterten Eigenschaften des Ichthalbins demselben zu Gute kommen können.

Ein Fall von diffuser seniler Atrophie und Hyperpigmentose der Haut.

Von

Dr. Arthur Jordan,
Moskau.

Schrumpfungen und Pigmentationen der Haut sind so gewöhnliche Alterserscheinungen, dafs sie meist kein besonderes Interesse beanspruchen, wodurch es wohl zu erklären ist, dafs sich in der Litteratur sehr wenig darüber findet. Gelegentlich erreichen die genannten Altersveränderungen aber einen so hohen Grad, dafs sie nicht mehr zu den gewöhnlichen zu zählen sind und mitunter geradezu Schwierigkeiten in der Diagnose machen können. Einen derartigen Fall hatte ich vor nicht gar langer Zeit gemeinsam mit dem Kollegen Dr. Nikutowski im I. Stadthospital zu Moskau zu beobachten Gelegenheit und will ihn mit gütiger Erlaubnis dieses Kollegen, wofür ich ihm hiermit meinen Dank ausspreche, der Öffentlichkeit übergeben.

Die Krankengeschichte lautet folgendermafsen:

Anamnese. Agrafena T., 75 Jahre alt, verwitwet, früher Köchin, jetzt ohne Beschäftigung, wurde am 25. November 1895 in das I. Stadthospital zu Moskau aufgenommen. Die Klagen der Patientin bezogen sich, abgesehen von Husten und Schwäche, auf furchtbares Jucken, welches über den ganzen Körper verbreitet ist. Über die einem jeden sofort ins Auge fallende graue Verfärbung der Haut klagte Patientin nicht, weil sie dadurch nicht inkommodiert wurde. Auf Befragen äufserte sie, dafs die Verfärbung ganz allmählich im Laufe der letzten Jahre aufgetreten und dafs die Haut früher ebenso weifs wie bei anderen Menschen gewesen sei. Über vorhergegangene Krankheiten vermag Patientin so gut wie nichts auszusagen. Syphilis wird entschieden verneint. Vor einigen Jahren soll Patientin gefallen sein und seit der Zeit rührt, wie sie behauptet, eine Wunde an der linken Hand her. Patientin hat 4 mal geboren, jedoch sind bis auf eine, jetzt 50jährige, gesunde Tochter, die drei anderen Kinder in frühester Jugend aus unbekannter Ursache gestorben. Der Vater der Patientin soll hochbetagt an Altersschwäche, die Mutter an den Folgen eines Geschwüres gestorben sein.

Status praesens. Patientin ist von gracilem Knochenbau. Das subcutane Fettpolster ist fast überall geschwunden, die Muskulatur nur schwach entwickelt. Die Haut ist welk, geschrumpft, trocken und schilfert ab. An den Vorderarmen und

Unterschenkeln erhebt sich die Haut in starren Wülsten, die in Längarichtung von den Ellenbogen zu den Handrücken, resp. von den Knien zu den Fufsrücken ziehen. An den Rippen, dem Brustbein, den Fingern und Zehen ist die Haut papierdünn, glänzend und liegt hier so innig den betreffenden Knochen an, dafs sie nicht in Falten emporgehoben werden kann. Von den Brüsten ist fast nichts nachgeblieben, denn sie erheben sich kaum über die Umgebung und die Haut an den entsprechenden Stellen ist pergamentartig. An den Oberarmen und -schenkeln, wo früher reichlich Fett abgelagert gewesen sein mufs, hängt die Haut in weiten Falten herab und ebenso findet sich auch am Halse und auf dem Gesicht reichliche Falten- resp. Runzelbildung. Neben diesen Veränderungen fällt die Farbe der Haut auf, denn die oberen und unteren Extremitäten und ganz besonders der Truncus sind mehr oder weniger graubraun verfärbt. Nur das Gesicht zeigt den gewöhnlichen, gelblichen Farbenton alter Leute. Der Körper und die Extremitäten sind aber nicht überall gleichmäfsig grau, sondern am stärksten macht sich diese Verfärbung geltend an den seitlichen Thoraxpartien und dem Rücken, nächstdem an dem Abdomen, den Oberarmen und Oberschenkeln, wogegen die Haut über den Rippen und dem Brustbein, ebenso wie an den Fingern und Zehen, d. h. den Partien, wo sie sich am dünnsten erwies, schmutzig gelb verfärbt ist. Die Vorderarme und Unterschenkel sind nur unbedeutend grau tingiert, die Hand- und Fufsrücken gleich dem Gesicht kachektisch gelb mit einzelnen dunkelbraunen Flecken. Die Handteller und Fufssohlen endlich sind von normalem Farbenton. Überall, wo die Haut dunkelgrau gefärbt ist, finden sich aber auf dem dunklen Grunde längsziehende, hellere Streifen, welche von den kratzenden Nägeln herrühren. Durch Erweichung der Haut mit Öl und Waschen derselben mit Seife und Wasser und später Alkohol und Äther gelang es, die graubraune Färbung der Haut nur unwesentlich blasser zu machen.

An beiden Unterschenkeln, ganz besonders am linken, sieht man die Venen als derbe, geschlängelte Stränge vorspringen. Auf dem Rücken der linken Handwurzel findet sich eine polsterartige Auftreibung mit einem zwischen dem zweiten Karpal- und Metakarpalknochen ins Gelenk übergreifenden fungösen Geschwür. Die Finger der linken Hand werden daher in Beugestellung gehalten und eine Streckung ist unmöglich. Die Nägel der Finger und Zehen bieten aufser starker Verdickung an ihrer unteren Fläche keine wesentlichen Veränderungen dar. Die Zähne sind gröfstenteils ausgefallen. Die Haare dagegen sind reichlich vorhanden, schwarz und nur verhältnismäfsig wenig ergraut.

Die Schleimhäute sind blafs. Die Conjunctivae zeigen einen leichten Stich ins Graue.

Die Untersuchung der inneren Organe ergab das Vorhandensein von reichlichen Rhonchi sibilantes bei vesikulärer Atmung und normalem Perkussionsschall über den Lungen. Die Herzdämpfung ist ein wenig nach links verbreitert. Die Milz ist nicht vergröfsert, die Leberdämpfung dagegen trotz normaler Lungengrenze auffallend schmal. Der Leib ist tympanitisch aufgetrieben. — Der Puls ist regelmäfsig, gespannt, 78. Die Temperatur steigt abends bis 37,8. Der Urin ist frei von Eiweifs und Zucker. Klinische Diagnose: Atrophia et Hyperpigmentosis cutis diffusa. Vitium cordis. Bronchitis chronica. Marasmus senilis.

Aus dem allgemeinen Krankheitsverlauf sei blos das Wichtigste erwähnt, da uns hier nur die Veränderungen der Haut interessieren. Der Bronchialkatarrh besserte sich und allmählich hoben sich wieder die Kräfte, so dafs Patientin Anfang März 1896 so weit hergestellt war, dafs sie aufstehen konnte. Nach kurzer Zeit erkrankte sie aber an Influenza, zu der sich später eine katarrhalische Pneumonie hinzugesellte, an deren Folgen Patientin am 3. Mai 1896 starb. Die Veränderungen der

Haut blieben während dieser ganzen Zeit fast unverändert. Die Atrophie nahm, so viel sich mit bloſsem Auge konstatieren lieſs, nicht weiter zu, wohl aber trat insbesondere auf dem Rücken und dem Gesäſs die Dunkelfärbung der Haut in den letzten Wochen vor dem Tode noch deutlicher zu Tage.

Die vom Prosektor des Krankenhauses, Dr. Mamurowski, vorgenommene Sektion ergab folgenden Befund:

Bronchitis purulenta chr. et pneumonia catarrhalis acuta sin. confluens. Emphysema vesiculare. Oedema et hypostasis pulmonum. Oesophagitis follicularis ulcerosa. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Endarteritis chr. deformans et hypertrophia ventriculi sin. Hepatitis chr. interstitialis atrophica granularis. Nephritis chr. interstitialis. Tumor lienis chr. et acutus. Ulcera tuberculosa intestini coeci. Ascites. Atrophia cutis pigmentosa.

Auch die mikroskopische Untersuchung mehrerer Hautstückchen, welche an den stärker veränderten Stellen der Leiche entnommen wurden, vollführte in liebenswürdigster Weise der Kollege Mamurowski. Die Härtung und Färbung geschah nach den üblichen Methoden. Der mikroskopische Befund war folgender: Das Stratum corneum ist mächtig verbreitert, das Str. Malpighi dagegen atrophiert und besteht stellenweise nur aus zwei bis drei übereinanderliegenden Zellreihen. Die Kerne der Zellen sind gut gefärbt und die Zellen nicht verändert. In den Zellen der untersten Lage dieser Schicht findet sich aber gelbbraunes Pigment in reichlicher Menge abgelagert. Hie und da reichen die Pigmentzellen in das Corium hinein oder sind auch ganz vom Str. Malpighi abgesprengt und lagern in den tieferen Schichten des Coriums. Die Adventitiazellen der Venen sind reich an Pigment. Die Papillen sind mehr oder weniger ausgeglichen, so daſs das Str. Malpighi stellenweise eine gerade Linie bildet. Auſser einer kleinzelligen Infiltration in der Umgebung der Venen zeigt das Corium keine nennenswerten Veränderungen. Die elastischen Fasern sind reichlich vorhanden. Die Schweiſs- und Talgdrüsen sind etwas spärlicher vertreten als normal. Die Fettzellen des Unterhautzellgewebes sind atrophiert.

Klinisch wie histologisch handelt es sich also in dem besprochenen Falle um Atrophie und Pigmentreichtum der Haut, welche beiden Prozesse jedoch nicht an denselben Körperstellen ihren stärksten Ausdruck finden. Im Gegenteil, während die Atrophie am deutlichsten ausgesprochen ist an den Mammae, über den Rippen, an den Fingern und Zehen, ist die Haut am dunkelsten verfärbt auf dem Rücken, dem Gesäſs, Unterleib und den Oberschenkeln. Es lieſse sich daher denken, daſs wir es hier mit zwei voneinander unabhängigen Prozessen zu thun haben. Fassen wir aber die Bedingungen für das Zustandekommen beider Veränderungen etwas näher ins Auge, so wird die Inkongruenz derselben alsbald ganz naturgemäſs erscheinen, denn wo anders wird die Haut am ehesten atrophieren, als wo sie am wenigsten durch die Bewegungen gezerrt wird, und das sind doch gerade die Partien über den Phalangen und über den Rippen, welche sich hier am stärksten affiziert erweisen. Dagegen wissen wir von den Pigmentationen, daſs sie am häufigsten dort auftreten, wo die Haut einen Druck auszuhalten hat, wie z. B. bei den Frauen an den Hüften, weil hier die Kleider gebunden werden, und bei den Männern dort, wo die Tragbänder drücken. Bei unserer Patientin sind der Rücken

und das Gesäfs am stärksten pigmentiert, da sie infolge ihres Alters und der Schwäche viel die Rückenlage eingenommen hat, und nächstdem sind der Unterleib und die Oberschenkel so dunkel gefärbt, weil Patientin speziell diese Partien häufig gekratzt hat.

Gerade vom Kratzen geben aber die verschiedensten Autoren, von denen ich nur KAPOSI[1] nennen will, an, dafs es zu Pigmentationen der Haut führt. Die Verschiedenheit in der Lokalisation der stärksten Atrophie und reichsten Pigmentablagerung verlangt also nicht die beiden Symptome als getrennt aufzufassen, zumal da die Haut fast in toto nach beiden Richtungen hin verändert ist. Wir glauben daher, unseren Fall als eine durch das Alter und den damit verbundenen Pruritus senilis bedingte diffuse Atrophie und Hyperpigmentose der Haut ansehen zu müssen. Die Atrophie erinnerte freilich lebhaft an die in der Litteratur von BUCHWALD,[2] BEHREND,[3] TOUTON,[4] POSPELOW,[5] NIKULIN[6] und in allerletzter Zeit von NEUMANN[7] beschriebenen Fälle von diffuser idiopathischer Atrophie der Haut, aber in allen diesen fehlt die Pigmentierung als begleitendes Moment, abgesehen davon, dafs die betreffenden Kranken bis auf einen, den TOUTONschen, noch weit entfernt waren vom Greisenalter. Letzterer zählte dagegen doch schon 57 Jahre.

Es liefs sich aber ferner noch bei unserer Patientin denken an Xeroderma pigmentosum, Stadium atrophicum der Sklerodermie, Acanthosis nigricans und Morbus Addisoni, wenngleich diese Krankheiten mehr oder weniger leicht auszuschliefsen waren. Für Xeroderma pigmentosum fehlten die sommersprofsähnlichen Flecke, für das atrophische Stadium der Sklerodermie die demselben vorangehenden, aber doch immer noch an einzelnen Stellen nachweislichen sklerotischen Herde, für Acanthosis nigricans die „platten- und warzenförmigen" Bildungen. Und für Morbus Addisoni pafste nicht die Atrophie und war auch der Farbenton nicht charakteristisch zu nennen.

Der pathologisch-anatomische Befund der inneren Organe zeigte Ver-

---

[1] KAPOSI, *Path. u. Ther. d. Hautkrankh.* Wien 1893. S. 593.

[2] BUCHWALD, Ein Fall von diffuser idiopathischer Haut-Atrophie. *Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph.* Wien 1883. S. 553.

[3] BEHREND, Ein Fall idiopathischer angeborener Haut-Atrophie. *Berl. klin. Wochenschr.* 1885. S. 88.

[4] TOUTON, Ein Fall von erworbener idiopathischer Atrophie der Haut. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1886. S. 6.

[5] POSPELOW, Cas d'une atrophie idiopathique de la peau. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 1886. S. 505.

[6] NIKULIN, Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica progressiva et cutis laxa. *Protok. d. Moskauer venerol. Ges.* Bd. V. 1897. S. 8. Russisch.

[7] NEUMANN, Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften und Kongrefsberichte. *Wiener klin. Wochenschr.* 1897. S. 345.

änderungen an den Lungen, dem Herz, den Gefäfsen, der Leber, Milz und den Nieren, doch standen dieselben in keiner Beziehung zu denjenigen der Haut, ausgenommen, dafs sie gleichfalls den Beweis erbrachten für Störungen des Gesamtorganismus durch das Alter. Die Nebennieren zu untersuchen war leider versäumt worden, was insofern zu bedauern ist, als sie bei Morbus Addisoni atrophiert zu sein pflegen.

Rekapitulieren wir noch kurz die wichtigsten histologischen Veränderungen der Haut, so betrafen dieselben vorzüglich das Rete Malpighi, welches sich wesentlich verschmälert erwies und in seiner unterstsn Zellreihe reichlich mit Pigmentkörnchen versehen war. Stellenweise fanden sich auch im Corium Pigmentzellen, doch dann vorwiegend in der Umgebung der Gefäfse. Hier sah man auch eine geringe kleinzellige Infiltration. Die elastischen Fasern waren im Gegensatz zu den uns auf dem letzten internationalen Kongrefs hierselbst von Galewsky demonstrierten Präparaten von Atrophia maculosa cutis nicht mit atrophiert.

Für die interessante, noch durchaus nicht geklärte Frage von der Herkunft des Pigmentes bot der besprochene Fall zwar auch einiges Material, aber auf Grund eines einzigen derartigen Falles läfst sich natürlich gar kein Urteil fällen. In dem letzten bedeutungsvollen Werk von Ehrmann:[8] „Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbeltiere in ihrer Entwickelung etc.“ kommt dieser Autor zu dem Schlufs, dafs „das melanotische Pigment aus dem Blutfarbstoff allerdings nur durch die Thätigkeit spezifischer Zellen gebildet wird“, wofür nach ihm sowohl die stärkere Pigmentierung nach Syphilis bei dunklen Individuen spricht, als auch, dafs die Pigmentierungen nach verschiedenen Exkoriationen „länger dauernde und intensivere sind bei dunkelhäutigen Individuen.“ Dieses Argument scheint mir auch in meinem Falle zuzutreffen, denn ich hatte Gelegenheit, bei der Tochter der beschriebenen Patientin eine auffallend dunkle Haut zu konstatieren, und glaube daher annehmen zu dürfen, dafs wohl auch die Mutter von jeher einen dunkleren Hautfarbenton gehabt haben wird, als bei uns zu Lande gewöhnlich ist.

---

[8] Ehrmann, Bibliotheca medica. Abteilung D. II: *Dermatologie u. Syphilidologie.* Herausgegeben von Prof. Neisser. Heft 6. 1896.

Aus der Praxis.

Über das Haemolum hydrargyro-jodatum.

Von

Dr. Stark-Thorn.

Veranlafst durch die Mitteilungen des Dr. Franz Krzysztalowicz aus der syphilitischen Abteilung des Prof. Dr. Zarewicz im St. Lazarus-Hospital zu Krakau „Über das Haemolum hydrargyro-jodatum in der Therapie der Syphilis“ (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XL., Heft 2), halte ich es für angebracht, auch meine diesbezüglichen Erfahrungen zu publizieren.

Auf Grund der Empfehlungen des Dr. Rille aus der Klinik des Prof. Neumann (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXIV, Heft 2) entschlofs ich mich, das Jodquecksilberhämol anzuwenden, und da in demselben Hydrargyrum zusammen mit Jod enthalten ist, so hielt ich das Mittel gerade für Fälle von Spätlues für geeignet.

Ich wandte das Mittel an nach der von Dr. Rille gegebenen Vorschrift:

℞ *Haemoli hydrarg. jod.* 10,0
Pulv. et extr. Liquirit. ā qu. s.
u. f. pil. No. 50
Ds. 3mal täglich 2 Pillen nach dem Essen zu nehmen.

I. Fall. Herr S. Gumma der Zunge. An dem linken Zungenrand eine pfennig-grofse Ulceration, umgeben von einem derben Infiltrat. Patient war bereits anderweitig in Behandlung und erhielt Jodkalium, das jedoch nicht den gewünschten Erfolg hatte, da Patient infolge mehrfacher vorausgegangener Luesrecidive bereits zu sehr an das Mittel gewöhnt war. Nach 50 Jodquecksilberhämolpillen trat eine entschiedene Besserung ein; das Geschwür ist bedeutend kleiner und das Infiltrat weicher geworden. Ich verordnete nochmals 50 Pillen. Patient kam alsdann nicht mehr wieder, doch erzählte er mir bei Gelegenheit, dafs er vollkommen gesund wäre.

II. Fall. Herr Z. war bereits Juni 1896 ein paar Wochen lang in meiner Behandlung wegen Gummata capillitii, die unter Bestreuung mit Kalomel und innerlicher Darreichung von Jodkalium prompt heilten. Ein paar Monate später klagte Patient über anhaltende Kopfschmerzen und Ohrensausen. Nach 100 Jodquecksilberhämolpillen trat eine Besserung ein, doch hatte Patient während dieser Behandlung so viel an Magen- und Darmbeschwerden zu leiden gehabt, dafs er mir erklärte, diese Pillen nicht mehr einnehmen zu wollen.

III. Fall. Herr W. hatte ein Vierteljahr vorher bei mir eine Injektionskur mit Hydrarg. salicyl. durchgemacht, wegen frischer Lues. Er erschien, um eine zweite Kur durchzumachen, doch konnte er sich, durch verschiedene Verhältnisse bewogen,

diesmal nur zu einer innerlichen Darreichung des Hydrargyrum entschliefsen. Ich verordnete ihm 50 Jodquecksilberhämolpillen, doch bereits nach Verbrauch einiger Pillen erschien Patient mit der Meldung, dafs er das Mittel aussetzen mufs, weil er zu sehr durch Erbrechen, Durchfall und Brustschmerzen geplagt werde. Die hierauf verordneten Sublimatpillen vertrug Patient sehr gut.

IV. Fall. Herr J. erschien bei mir infolge eines Recidivs der Lues in Form von kreisförmig angeordneten Flecken an der Vorderfläche beider Oberschenkel. Die Behandlung, welche in Injektionen von Hydrarg. salicyl. bestand, konnte nicht zu Ende geführt werden, weil Patient eine Reise unternehmen mufste. Ich verordnete deswegen Jodquecksilberhämolpillen, doch bekam Patient nach kurzem Gebrauch derselben Schmerzen beim Schlucken, Erbrechen und Durchfall, so dafs das Mittel ausgesetzt werden mufste. Die hierauf verordneten Sublimatpillen wurden gut vertragen.

Die Angaben meiner Patienten, besonders der beiden letzteren, welche über Schmerzen in der Brust beziehungsweise beim Schlucken klagten, bewogen mich, das Mittel an mir selbst zu versuchen. Bereits nach Verbrauch von 12 Pillen bekam ich Durchfall, Magenbeschwerden und Schmerzen beim Schlucken. Ich hatte bei dem Schluckakt das Gefühl, als ob der Oesophagus, besonders in seinen unteren Partien krampfhaft kontrahiert wäre und durch jeden Bissen gewaltsam auseinandergezerrt werden müfste. Ich setzte das Mittel aus und die Symptome verschwanden im Verlaufe von 2—3 Tagen; sowie ich aber wieder begonnen habe das Mittel einzunehmen, traten dieselben Symptome wieder ein. Um eine eventuelle Idiosynkrasie gegen Hg ausschliefsen zu können, liefs ich mir Sublimatpillen machen, 0,15 Sublimat auf 30 Pillen, die ich vorzüglich vertragen habe, so dafs ich die oben beschriebenen Beschwerden nur dem Jodquecksilberhämol zuzuschreiben habe.

Da nur in dem ersten Falle das Jodquecksilberhämol sich bewährt hatte, in den übrigen Fällen dagegen das Resultat weniger günstig ausfiel, so habe ich von der Zeit an das Jodquecksilberhämol nicht mehr angewandt, nicht etwa, weil es ein wirkungsloses Mittel wäre, da dies meine Fälle nicht nachgewiesen haben, sondern weil es sehr unangenehme Nebenwirkungen besitzt. Wir müssen in der Privatpraxis ganz andere Rücksichten auf die Patienten nehmen als in der Spitalpraxis; wenn also ein Mittel in drei resp. vier aufeinander folgenden Fällen so unangenehme Nebenwirkungen zeigt wie das Jodquecksilberhämol, so liegt Grund genug vor, um es nicht anzuwenden, umsomehr, wenn uns andere Mittel zu Gebote stehen, mit deren Wirkung wir vollkommen zufrieden sein können.

Auf Grund meiner Erfahrungen kann ich den Ausspruch des Dr. Rille, „Von Nebenwirkungen ist das Jodquecksilberhämol nicht ganz frei, doch treten dieselben niemals in solcher Schwere auf, dafs sie den Fortgebrauch des Mittels verbieten würden", nicht bestätigen.

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

(Fortsetzung.)

Celsus (IV. Teil).

Von

Dr. Moritz Cohn in Hamburg.

Zu den letzten Worten des dritten Teiles (cf. Bd. XXV, No. 4, pag. 163) habe ich noch eine Bemerkung zu machen: Die Salbe enthält einige nicht ganz sicher festzustellende Bestandteile. Dank der liebenswürdigen Unterstützung des Herrn Dr. phil. Fuchs bin ich in der Lage, eine wohl annähernd richtige Deutung dieser Stelle zu geben. Das Mittel enthält irgend einen Salbenrückstand, Purgierpflaume (Behennufs), graublaue kimolische Kreide, bittere Mandeln, Gersten- und Ervenmehl, weifses Seifenkraut und Samen campanischen Steinklees, in bitterem Honig gemischt. Magma ist nach Plin. hist. nat. 13, 2, 3 von μάσσω, knete, abzuleiten und bezeichnet den Bodensatz, der bei der Salbenbereitung zurückbleibt. Kimolische Kreide ist Thon oder Mergelerde, welche als Seife verwendet wurde. Struthium ist ein Sammelbegriff und bezeichnet eine gröfsere Gruppe von Pflanzen, zu welcher auch das Seifenkraut (Saponaria officin.) gehört. Die übrigen Pflanzen dieser Klasse sind nicht genau bestimmbar. — —

Die Farbe der Hautkrankheiten spielt im Altertum eine hervorragende Rolle, weitmehr als heutzutage. So finden wir im 5. Buch, Kap. 28, auf Seite 205 folgende Schilderung der „Scabies“: „Die Scabies ist eine härtere Cutis, von roter Farbe, auf der sich Pusteln bilden, einige mehr feucht, andere mehr trocken. Aus manchen wird ein feuchtes Sekret abgesondert, und es entsteht allmählich eine juckende Ulceration, bei manchen Leuten breitet sich die Affektion auch schnell aus. Bei einigen verschwindet die Krankheit auf einmal vollständig; bei anderen kehrt sie dagegen zur bestimmten Jahreszeit wieder. Je rauher die Haut ist und je mehr sie juckt, um so schwieriger wird die Krankheit beseitigt.“ Deckt sich diese Krankheit mit unserer Krätze oder unserem Ekzem? Für beide Auffassungen lassen sich Gründe anführen und mufs ich daher die Entscheidung dem Leser überlassen. Ich würde mich für Ekzem entscheiden. Zur Behandlung empfiehlt er für die trockene Form Zinkoxyd, Safran, Grünspan, weifsen Pfeffer, Most aus unreifen Trauben

(Omphacii?) und Galmei. Die nässende Form des Ekzems behandelte er mit Schwefel, Wachs, Teer und Öl, welche bis zur Konsistenz des Honigs eingekocht worden sind.

Mit der „Scabies“ des Celsus sind zwei Gruppen von Hauterkrankungen verwandt, welche dieser Autor in demselben Kapitel unter den Namen von „Pustulae“ und „Impetigo“ zusammenfaßt. Die Deutung dieser Krankheiten wird noch durch viele Unterarten sehr erschwert, ja an manchen Stellen scheint es sich gar nicht um eine Unterart, sondern nur um ein vorgeschrittenes Stadium derselben Krankheit zu handeln. Doch lassen wir Celsus zunächst selbst zum Worte kommen. Er sagt auf Seite 204: „At pustulae maxime vernis temporibus oriuntur. Earum plura genera sunt: nam modo circa totum corpus partemve aspritudo quaedam fit, similis iis pustulis, quae ex urtica vel sudore nascuntur: ἐξανθήματα Graeci vocant; eaeque modo rubent, modo colorem cutis non excedunt. Nonnunquam plures similes varis oriuntur, nonnunquam maiores, (pustulae) lividae aut pallidae aut nigrae, aut aliter naturali colore mutato, subestque his humor. Ubi eae ruptae sunt, infra quasi exulcerata caro apparet: φλύκταιναι Graece nominantur. Fiunt vel ex frigore vel ex igni vel ex medicamentis. Φλυζάκιον autem paulo durior pustula est, subalbida, acuta, ex qua ipsa quod exprimitur humidum est. Ex pustulis vero nonnunquam etiam ulcuscula fiunt aut aridiora aut humidiora; et modo tantum cum prurigine, modo etiam cum inflammatione ac dolore; exitque aut pus aut sanies aut utrumque; maximeque id evenit in aetate puerili, raro in medio corpore, saepe in eminentibus partibus. Pessima pustula est, quae ἐπινυκτὶς vocatur: ea colore vel sublivida vel subnigra vel alba esse consuevit. Circa hanc autem vehemens inflammatio est; et cum adaperta est, reperitur intus exulceratio mucosa, colore humori suo similis. Dolor ex ea supra magnitudinem eius est: neque enim ea faba maior est. Atque haec quoque oritur in eminentibus partibus et fere noctu; unde nomen quoque a Graecis ei est impositum.“ In dieser Gruppe finden sich sicher Sudamina (Hitzpickeln, ἐξανθήματα) und Brandblasen, einerlei ob durch Verbrühung oder Erfrierung oder chemische Agentien hervorgerufen (φλύκταιναι). Schwieriger sind φλυζάκιον und ἐπινυκτὶς zu deuten. Das erstere ließe sich am ehesten als eine Blasenerkrankung auffassen, zu der sich eine Infektion hinzugesellt hat. Unsere Scabies und Impetigo vulgaris (früher contagiosa genannt) sind zum Teil darin geschildert, doch fehlen andererseits gewisse Symptome. Die ersten sprechen für Krätze, als da sind: harte Pustel, akut, aus der sich etwas Feuchtigkeit herausdrücken läßt. Weiter das Jucken, die Entzündung und daß schließlich Geschwürsbildung in kleinerem Maßstabe (ulcuscula) eintritt. Für Impetigo, aber nicht gegen Scabies, spricht das Auftreten im kindlichen Alter und, daß besonders die Extremitäten befallen werden. Bei der ἐπινυκτὶς tappen

wir ganz im Finstern umher. Wie sie im Dunkel der Nacht entsteht, so hüllt sie sich auch für unsere Deutungsversuche in Dunkelheit. Wenn ich die Möglichkeit eines kleinen Gichtknotens nach der Schilderung nicht für ausgeschlossen erachte, so ist dieses noch weniger als leere Vermutung. Immerhin passen die Symptome darauf: Farbe weifs bis bläulichrot; Umgebung stark entzündet; kommt er zum Aufbruch, so sondert er ein schleimiges Sekret von zäher Beschaffenheit ab; Schmerz viel heftiger, als seiner Gröfse entspricht; Auftreten besonders an den Extremitäten und Kopf (Ohren); erste Schmerzattacke in der Nacht. Für einen Tophus genug, und trotzdem glaube ich mich in der Deutung zu irren.

Was nunmehr die Behandlung der „Pusteln" angeht, so legt Celsus den Hauptwert auf eine Allgemeinbehandlung. Er empfiehlt in erster Linie spazierengehen, turnen und reiten. Weiter schränkt er die Nahrungszufuhr ein und verbietet besonders die scharfen Speisen. Wenn ein Säugling von der Pustelkrankheit befallen wird, hat die Amme dieses zu thun. Wenn die Pusteln geringer werden, verordnet er ein Reinigungsbad, nachher läfst er eine Mischung von Salpeter, Öl und Wein auftragen. Verwendung finden ferner Linsenbrei, verschiedene Pflanzen und der Feuerstein.

„Bei der Impetigo hingegen sind 4 Arten zu unterscheiden. Am wenigsten bösartig ist diejenige, welche mit der „Scabies" Ähnlichkeit aufweist. Denn sie rötet sich wie diese, ist aber härter, ulceriert und frifst weiter. Das Ulcerieren tritt aber mehr in den Vordergrund und es gesellen sich warzenähnliche Pusteln hinzu; dazwischen finden sich kleine Bläschen, von denen sich nach gewisser Zeit Schuppen ablösen. Dieselbe kehrt zu bestimmten Zeiten wieder. Die zweite Art ist schlimmer und den „Papeln" ähnlich; aber rauher und stärker rot; sie hat verschiedene Formen; von der Oberhaut lösen sich Schuppen ab; sie greift schneller und weiter um sich, wenn sie auch, im Gegensatz zur ersten Art, zu bestimmten Zeiten entsteht und aufhört: die „rote" (erg. Impetigo) wird sie genannt. Die dritte Art ist noch schlimmer, denn sie ist gröfser und härter und schwillt mehr an. Die Oberhaut spaltet sich und sie frifst stärker um sich. Sie bildet auch Schuppen, aber schwarze; sie greift schnell weit um sich. Ihr Entstehen und Aufhören ist an keine Zeit gebunden. Sie wird schwer ganz beseitigt. Die „schwarze" (erg. Impetigo) wird sie genannt. Die vierte Art ist unheilbar, von anderer Farbe. Denn sie ist fast weifs, einer frischen Narbe ähnlich, hat blasse Schuppen, welche zum Teil weifs sind, zum Teil den Linsenflecken ähneln, nach deren Entfernung niemals Blut herausfliefst" (pag. 205 u. 206 l. c.).

Sollten die Erkrankungen des Altertums dieselben wie in unserer Zeit gewesen sein, so handelt es sich hier um ein Zusammenwerfen von Ekzem, Psoriasis und Ichthyosis. Das zunächst unentwirrbare Bild wird

ein ganz anderes, wenn wir an diese drei Erkrankungen denkend die Zeilen noch einmal durchlesen. Überall finden sich Anklänge, kein Wort zu viel; jede Zeichnung eines Krankheitsbildes läfst sich unterbringen. Doch ist dieses eine blofse Vermutung, für die ich keine Beweise beibringen kann, höchstens denjenigen, dafs Celsus die heilbaren Formen mit einer Mischung von Harz, Salpeter und Schwefel behandelte.

An das Ekzem sind wir gewohnt das ekzematöse und variköse Ulcus cruris anzuschliefsen. Auch Celsus kennt das Unterschenkelgeschwür und betont seine Schwerheilbarkeit, wenn gleichzeitig Milzschwellung besteht. Wahrscheinlich handelte es sich um Kreislaufstörungen. Interessant ist für uns, dafs er für die Milzerkrankung einen Heilplan anwendete, welcher augenblicklich als neueste Erfindung in allen möglichen und unmöglichen Variationen zum Schaden des Publikums nicht nur in ärztlichen Fachschriften angepriesen wird. Er gab diesen Kranken rohe Ochsenmilz und glaubte hierdurch eine Verkleinerung der Milz und im Anschlufs daran eine Heilung der Ulcera cruris zu erreichen (Lib. IV, Kap. 9, pag. 133). Wie also die Kaltwasserheilmethode bis zu Hippokrates sich zurückverfolgen läfst, so finden wir die Organtherapie bereits im Celsus.

Der Furunkel, Karbunkel und das phagedänische Geschwür werden ebenfalls im 28. Kap. des 5. Buches, welches ja für die Hautkrankheiten das ergiebigste ist, sehr anschaulich geschildert. Er sagt auf Seite 196: „Furunculus vero est tuberculum acutum cum inflammatione et dolore, maximeque ubi jam in pus vertitur. Qui ubi adapertus est, et exiit pus, subter apparet pars carnis in pus versa, pars corrupta subalbida, subrubra, quem ventriculum quidam furunculi nominant. In eo nullum periculum est, etiamsi nulla curatio adhibeatur: maturescit enim per se atque erumpit: sed dolor efficit, ut potior medicina sit, quae maturius liberet.“ Fast ebenso genau wird der Karbunkel auf Seite 191 geschildert. Er hat sogar das Allgemeinbefinden sehr gut dabei beobachtet. „Der Schlaf flieht, bisweilen überfällt den Kranken ein Schauergefühl, oder er fängt an zu fiebern, oder beides zugleich.“ Befällt derselbe den Schlund so führt er oft plötzlich zum Tode. Für den Furunkel hält er eine Behandlung an sich für überflüssig, empfiehlt aber zur rascheren Reifung ein Pflaster. Um so energischer zieht er gegen den Karbunkel zu Felde; er brennt ihn, so weit wie irgend möglich, aus. Da das Fleisch abgestorben ist, hält er die Procedur nicht für schmerzhaft. Jedenfalls erscheint diese Behandlungsmethode rationell.

Über das phagedänische Geschwür äufsert sich Celsus etwa folgendermafsen: dasselbe entsteht entweder aus sich selbst, oder es tritt zu einem aus anderer Ursache entstandenen Geschwüre hinzu. Dunkelblau bis schwarz von Farbe, von aashaftem Geruch, sondert es reichlich zähen Schleim ab. Schmerz, Entzündung, Fieber sind seine regelmäfsigen

Begleiter; bisweilen quillt auch Blut hervor. Besonders ausgezeichnet ist es dadurch, dafs es schnell in die Tiefe bis auf den Knochen geht. Die Entzündung und Röte stehen in gar keinem Verhältnis zu der Gröfse des Geschwürs (pag. 193). Es befällt mit Vorliebe die Greise. Da die Medikamente häufig im Stiche lassen, so nimmt er für die Behandlung zum Glüheisen seine Zuflucht.

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 40. Heft 2 und 3. 1897.

I. **Über Haemolum hydrargyro-jodatum in der Therapie der Syphilis,** von Franz Krzysztalowicz-Krakau. Der Verfasser beschreibt zunächst den Gang der Syphilisbehandlung in der syphilidologischen Abteilung des Prof. Zarewicz. Frisch auftretende Geschwüre, die nicht grofs und dem Messer zugänglich sind, werden exstirpiert, ebenso geschwollene Lymphdrüsen. Bei Initialsklerosen wird nie eine Quecksilberkur eingeleitet. Dieselben werden lokal mit wiederholten Waschungen mt 1‰ Sublimatlösung und nach Überhäutung des Geschwürs mit Merkurialpflaster behandelt. Nur ganz ausnahmsweise, wenn das Geschwür grofs und stark induriert ist und die Heilung unter der Lokalbehandlung nur sehr langsam fortschreitet, wird mit der Merkurialkur begonnen. In solchen Fällen werden kleine Gaben Quecksilber in Form von Pillen aus Sublimat oder Hydrargyr. tannic. oxydulatum verschrieben. Während der Behandlung des Primäraffekts wird durch eine diätetische und hygienisch geregelte Lebensweise, durch eine gute Kost, wiederholte Bäder, mäfsiger Bewegung in frischer Luft, Enthaltsamkeit von körperlichen und geistigen Anstrengungen das Allgemeinbefinden des Patienten gehoben und der Organismus zur Aufnahme des Quecksilbers genügend vorbereitet. Die Schleimhäute der Mundhöhle versucht man durch Ausspülungen mit Chlorkalium oder anderen geeigneten Lösungen zu kräftigen, kariöse Zähne werden entfernt oder in einen besseren Zustand versetzt. Einige Tage vor Beginn der Quecksilberkur werden mild abführende Mittel, wie Ricinusöl, Cascara Sagrada u. dergl., aber keine Mineralsalze verordnet, weil Kotstauungen bei der Merkurialbehandlung oft Darmkatarrhe hervorrufen. Erst wenn die Allgemeinerscheinungen vollständig hervorgetreten sind und nicht zu Beginn des Eruptionsstadiums wird die Quecksilberkur eingeleitet. Die tägliche Erfahrung hat gelehrt, dafs das vorzeitige Darreichen von Merkurialpräparaten auf die Verminderung der nachfolgenden Symptome oder auf einen Aufschub der sekundären Erscheinungen nur einen sehr geringen Effekt hat. — Wo es nicht unbedingt notwendig ist, wird in der Klinik des Prof. Zarewicz die Anwendung des Quecksilbers vermieden, weshalb auch die Fournier'sche Methode, als eine zwecklose, nicht üblich ist. Es wird jeder Fall individualisiert und je nach der Intensität der syphilitischen Erscheinungen auch entsprechend mit Quecksilber behandelt. Von den verschiedenen Quecksilbermethoden

kommen in der Spitalspraxis hauptsächlich subcutane und parenchymatöse Injektionen zur Anwendung. Inunktionen werden in solchen Fällen verordnet, bei denen sich die Erscheinungen als lebensgefährlich oder für das betroffene Organ (Auge, Larynx innere Organe) als gefährlich erweisen. In den letzten vier Jahren wurden die Einreibungen sehr häufig durch die von WELANDER empfohlenen Überstreichungen mit ganz vorzüglichem Erfolge ersetzt. — Bei anämischen Patienten werden im sekundären Stadium oder noch während des Bestehens des Primäraffektes vorerst Arsen mit Eisen und eine kräftige Kost verordnet. Für solche Fälle sollte sich von Quecksilberpräparaten das von RILLE empfohlene Haemolum hydrargyro-jodatum eignen. In den vom Verfasser beschriebenen Fällen wurde das Präparat zumeist nach folgender Vorschrift verordnet:

℞ *Haemoli hydrarg. jodat.* 10,0.
Pulv. et extr. Liquir. ää *q. s.*
ut f. pil. No. 50.
D S. 3 × tgl. 2 Pillen.

Die giftige Wirkung dieses Präparates ist sehr gering. — Was nun die Resultate der Versuche betrifft, so stimmen die Anschauungen des Verfassers mit denen RILLES nur insofern überein, dafs das Haemolum hydrargyro-jodatum bezüglich seiner Wirkung auf leichtere Syphilissymptome den anderen üblichen Präparaten, welche innerlich verabreicht werden, nicht nachsteht; es erfüllt aber wegen seiner sehr leicht auftretenden Nebenwirkungen die einem jeden Präparate gestellten Anforderungen nicht. Höchstens kann es nur in mäfsigen Gaben mit geringem Vorteile angewendet werden. Eine Wirkung auf die Anämie konnte Verfasser nicht konstatieren, die anämischen Patienten vertrugen es nicht und die gutgenährten und nicht anämischen Kranken brauchten es nicht.

II. **Über blennorrhoische Allgemein-Erkrankung,** von L. SCHUSTER-Aachen. Verfasser hat im Jahre 1889 im Archiv 7 Fälle publiziert, von denen 4 durch eine Inunktionskur geheilt, 3 gebessert wurden. Auch andere Autoren haben bei blennorrhoischen Allgemeinerscheinungen, namentlich Gelenkaffektionen, bessere Resultate von der Anwendung von Quecksilberpräparaten als von Salicylpräparaten erzielt. Einer kurzen Übersicht über die einschlägige Litteratur läfst der Verfasser die Krankengeschichte eines Falles folgen, den er zuerst vom September 1890 bis Januar 1891, dann November und Dezember 1893, dann 1895 und zuletzt 1896 wegen immer recidivierender blennorrhoischer Allgemeinerscheinungen jedesmal mit Quecksilber und Bädern, teils mit Jodpräparaten mit gutem Erfolge behandelt hat. Örtliche Heilversuche an der Urethra hatten meistens eine Verschlimmerung hervorgerufen. Der 23jährige, früher stets gesunde Patient hatte sich April 1890 eine Blennorrhoe zugezogen. Trotz der lokalen Behandlung oder vielleicht propter hoc bekam er Kniescbmerzen. Im Juli erkrankten Knie- und Fufsgelenk, im August die Kiefergelenke, so dafs die Ernährung schwierig wurde. Gleichzeitig bestand linksseitige Iritis und eine Cystitis. Als der stark abgemagerte Patient in die Behandlung des Verfassers kam, hatte er einen starken blennorrhoischen Ausfluſs, geschwollene Kniegelenke, ein empfindliches Os sacrum, konnte die Kiefergelenke kaum öffnen, zeigte Lichtscheu, linksseitige Iritis und erhöhte Körpertemperatur. Eine mehrwöchentliche Inunktionskur brachte Heilung. Auch mehrere Recidive wurden mit Quecksilbereinreibungen, Bädern, Schwitzkuren geheilt. Verfasser hält es deshalb für zweifellos, dafs eine Merkurbehandlung bei schwerer blennorrhoischer Allgemeininfektion als Heilfaktor in Betracht kommen mufs. In dem beschriebenen Falle ist eine Verwachsung in keinem der oft schwer erkrankten Gelenke zurückgeblieben.

III. **Über extragenitale Syphilisinfektion**, von F. Münchheimer-Kolberg. Der Verfasser zeigt an der Hand eines umfangreichen statistischen Materials, das sich teilweise an das von Bulkley gesammelte und in seinem Buche „Syphilis in the innocent" publizierte anlehnt, wie wichtig die Kenntnis der extragenitalen Syphilisinfektion für den praktischen Arzt sei, welch schwere und verhängnisvolle Folgen ein Übersehen eines Primäraffektes, eine falsche Diagnose nach sich ziehen könne. — Die Tabellen von Bulkley und Berliner (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, Band XX, pag. 376) werden teils berichtigt, teils ergänzt und erweitert. — Das Ergebnis seiner Betrachtungen teilt der Verfasser in folgenden Schlufssätzen mit: 1. Die Kenntnifs der extragenitalen Syphilisinfektion ist in zweifacher Hinsicht von grofser Bedeutung. Erstens ermöglicht diese Kenntnis die Einleitung der rationellen Therapie und Prophylaxe im Einzelfalle und vermag der Entstehung von Endemien und Epidemien vorzubeugen; zweitens giebt sie eine starke Waffe zur Bekämpfung der allgemeinen Anschauungen und der speziellen gesetzlichen Bestimmungen, welche allen Bemühungen, die Syphilis einzudämmen, hinderlich sind. 2. Die extragenitale Infektion kommt sehr häufig vor; die Zahl derjenigen Fälle allein, in denen die Lokalisation des Primäraffektes berichtet ist, beträgt 10 265, von denen die Mehrzahl der vom Verfasser gesammelten 1207 Fälle fast ausschliefslich in der Litteratur der letzten drei Jahre enthalten ist. Die relative Häufigkeit, ihr Verhältnis zur genitalen, entspricht in Breslau dem Durchschnitt der von zahlreichen Autoren angegebenen Procentsätze (6—7 %). Eine Vermehrung der „zufälligen" Übertragungen ist nicht anzunehmen; dafs mehr Fälle publiziert werden, rührt wohl nur von der gröfseren Beachtung her, welche dieselben gefunden haben, und von der wesentlich gestiegenen Kenntnis der Symptome, der erweiterten Erfahrung im Diagnostizieren. 3. Jede beliebige, für das Virus direkt zugängliche Körperstelle kann als Eingangspforte der Syphilis dienen, wie schon von Hunter behauptet und durch einschlägige Fälle bewiesen ist. Gerbers Annahme, dafs auch im Larynx Primäraffekte beobachtet wurden, scheint irrig zu sein. 4. Von angegebenen Infektionsgelegenheiten und Wegen hat Bulkley über 100 zusammengestellt. Wenn auch im Einzelfalle nicht selten eine falsche Angabe des Patienten vorliegt, so ist doch die Zahl der sicher nachgewiesenen Infektionsmodi eine so grofse, dafs der Arzt sich wohl hüten mufs, speziell in forensischen Fällen, irgend eine Angabe des Patienten über das Zustandekommen der Infektion durch die Berührung einer Person oder eines Gegenstandes absolut zu negieren und für unmöglich zu erklären. 5. Die Prognose der extragenitalen Syphilisinfektion ist nicht schlechter als die die der genitalen. Hier und da wird der Verlauf der konstitutionellen Syphilis durch Faktoren bestimmt, welche von der Lokalisationsstelle des Primäraffektes an sich unabhängig sind. — Eine Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur der letzten drei Jahre, bis zum 1. Januar 1896 reichend, bildet den Schlufs der sehr instruktiven Arbeit.

IV. **Über Periproctitis blennorrhoica**, von Alfred Huber-Budapest. Der Verfasser beschreibt drei Fälle von Blennorrhoea recti, kompliziert mit Periproctitis. An die Krankengeschichten knüpft er Betrachtungen, die in folgenden Sätzen zusammengefafst werden: 1. Die Rektalblennorrhoe ist eine verhältnismäfsig sehr häufige und specifische Erkrankung der Rektalschleimhaut, welche in ihrem Verlaufe mit der Urethralblennorrhoe ganz analog ist. 2. Die Rektalblennorrhoe kann ihren Sitz auch in den Lieberkühnschen Drüsen und im peringlandulären Bindegewebe haben und dann ist die Perifolliculitis des Rectums mit der Perifolliculitis der Urethra ganz analog. 3. Die im Anschlusse an eine Rektalblennorrhoe auftretenden Abscesse sind den Jadassohnschen Abscessen ganz analog, die im periurethralen Bindegewebe, in der Prostata und den Bartholinischen Drüsen zur Beobachtung gelangen. 4. Es

muſs besonders hervorgehoben werden, daſs die bei einer Rektalbennorrhoe vorhandene Folliculitis und Perifolliculitis von groſser Bedeutung ist für die Prognose der Rektalerkrankung, denn es ist sehr wahrscheinlich, daſs gerade solche Fälle zu einer hochgradigen Striktur des Rektumrohres führen. 5. Im Verlaufe der Rektalblennorrhoe sind die Geschwüre sehr selten.

V. **Zur Therapie der Blennorrhoe.** Aus dem klinischen Jahresberichte vom Jahre 1894, von Th. Spietschka-Prag. Die von Behring in seinen gesammelten Abhandlungen so warm empfohlene Silberchloridlösung gegen Blennorrhoe wurde in Prof. Picks Klinik an 65 männlichen Individuen, von denen 49 an akuter und 16 an chronischer Urethritisblennorrhoica litten, einer Nachprüfung unterworfen. Zur Verwendung kam die von Behring angegebene Lösung: Frisch gefälltes Silberchlorid 1 g in Wasser, in Lösung gehalten durch 10—15 g Natrium subsulfurosum. Die Behandlung geschah mittelst Irrigationen, die jedoch bei den akuten Urethritiden erst nach Ablauf der ersten intensiven Reizzustände vorgenommen wurden. Das Instrumentarium bestand in einem kleinen graduierten Glasirrigator, dessen 1½ Meter langer Gummischlauch mit einem für die Urethralmündung passenden Ansatzstücke aus Hartgummi armiert war. Durch höheres oder tieferes Aufhängen des Irrigators wurde der Druck der Flüssigkeit reguliert, je nach dem man nur eine Irrigation der Pars anterior oder auch der Pars posterior vornehmen wollte. Die Harnröhre eines jeden Patienten wurde in der Regel dreimal täglich, früh, mittags und abends irrigiert. Die von Behring angegebene Konzentration 1 : 7500 erwies sich zu schwach und vollständig wirkungslos. Erst bei einer Konzentration 1 : 400 und 1 : 200 konnte eine günstige Wirkung konstatiert werden. — Das Resultat der Versuche lautet: Die Behringsche Lösung entfaltet in einigen wenigen Fällen eine überraschend günstige Wirkung als Heilmittel gegen die Blennorrhoe des Mannes; in einer weit gröſseren Zahl ist seine Wirkung zweifelhaft, oft hat es selbst nach Wochen gar keinen Erfolg oder kann nicht in der notwendigen Konzentration angewendet werden, weil es nicht vertragen wird. Das Urteil über dieses Mittel kann nur dahin abgegeben werden, daſs man mit ihm wohl bei entsprechenden Fällen einen Versuch machen kann, daſs es aber unter unseren regelmäſsig gegen die Blennorrhoe angewendeten Arzneimitteln keinen hervorragenden Platz einnehmen wird.

VI. **Mal de Meleda,** von O. Hovorka v. Zderas und E. Ehlers. Bei dem Mal de Meleda handelt es sich nicht um Lepra, sondern um eine ganz eigentümliche specifische und sehr wohl charakterisierte Hautkrankheit, die sich namentlich durch folgende Symptome auszeichnet: 1. Eine eigentümliche, tylotische, wachsgelbe fast adipocireähnliche) Schwellung und Verdickung der Haut an den Handflächen und Fuſssohlen. Die Handfläche sieht aus wie die einer Leichenhand; die gelbe Farbe wird nur durch geschwärzte Auspunktierung der Follikelöffnungen unterbrochen. 2. Ichthyosiforme Verdickung der Haut mit Verstärkung der natürlichen Hautfalten, die namentlich am Rücken des Hautgelenks am meisten hervortritt. Auf der verdickten Haut sind die Follikel massenhaft als kleingeschwärzte Punkte wahrzunehmen, scheinbar vergröſsert und mit fremden Produkten infiltriert. 3. Scharfe, gebuchtete („geographische") Grenzen des Hautleidens gegen die gesunde Haut. Bei einer Kranken sieht man ein Inselchen von gesunder Haut inmitten des kranken Handrückens. Bei drei Kranken beschränkte sich die Affektion auf die Hände und Füſse allein, höchstens mit einigen Fingerbreiten das Handgelenk oder mit einer Handbreite das Fuſsgelenk überschreitend. Ein vierter Patient hatte zugleich dieselbe Affektion an den Knien, ein fünfter sogar zugleich an den beiden Knien und Ellenbogen. 4. Schuppenbildung giebt es nicht, es fühlt sich jedoch die oberste Schichte der Hornhaut stets feucht und fettig an und löst sich unter unangenehmem Macerationsgeruch ab. — Das All-

gemeinbefinden der Kranken ist hierbei ganz ungestört, sie sind alle arbeitsfähig und beklagen sich nur wegen des Hautleidens. (Vergl. das Referat über Hovorkas vorläufige Mitteilung über ein auf der Insel Meleda in Süddalmatien vorkommendes endemisches Hautleiden, das der Verfasser damals als Lepra ansah. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 22, S. 418. Ref.).

VII. **Über eine einfache therapeutische kräftige Methode der Anwendung von Unguentum Hydrargyri**, von Edvard Welander-Stockholm. Der Verfasser hatte vor einigen Jahren als Ersatz für die üblichen, recht unbequemen Quecksilbereinreibungen die Überstreichungsmethode empfohlen. Nunmehr erfährt diese letztere eine weitere Vereinfachung durch folgendes vom Verfasser wohl erprobtes Verfahren. In einem kleinen Sack, z. B. einem kleinen Kopfkissen werden 6 g Unguentum hydrargyri mit einem Spatel sorgfältig ausgebreitet und hierauf das Säckchen auf die Brust oder den Rücken des Patienten gelegt. Durch zweckmäßig an dem Sacke angebrachte Bänder kann man denselben auf der Brust oder dem Rücken so festbinden, daß er stets ausgebreitet bleibt und keine Falten wirft. Es genügt, ihn in der Bettwärme 10—14 Stunden tragen zu lassen, alle 3—4 Tage gegen einen reinen umzutauschen. Doch kann dies auch unterbleiben und der Sack, ohne daß dem Patienten die geringste Ungelegenheit bereitet wird, 30 Tage lang gebraucht werden. Die Absorption von Hg ist, wie Verfasser sich an 20 in der Weise behandelten und genau kontrollierten Patienten überzeugen konnte, eine sehr kräftige und schnelle gewesen. Die syphilitischen Symptome sind rasch verschwunden. Unter den 20 Patienten hatten 3 Sklerose und Adenitis, 5 Roseola, Schleimpapeln etc., 6 papulöse Syphilide (3 davon Psoriasis plantarum et palmarum), 1 papulo-pustulöses Syphilid, 1 Papulo-Tuberkel und 2 ulcerierende Gummata. In allen diesen Fällen verschwanden die Symptome schnell. Verfasser glaubt nicht, daß er mit einer anderen Behandlung bessere und schnellere Ergebnisse erzielt haben würde. Die Ungelegenheiten (milde Stomatitis, leichte Albuminurie) sind bei dieser Behandlung sehr unbedeutend gewesen.

VIII. **Über die Häufigkeit der Lungenembolien nach Injektionen ungelöster Quecksilberpräparate**, von Ferdinand Epstein-Breslau. Es wurde das Material der dermatologischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau, wo die Injektionstherapie mit ungelösten Hg-Präparaten in ausgedehntem Maße ausgeübt wird, auf die Häufigkeit des Eintretens der genannten Lungenkomplikationen durchgesehen. In dem Zeitraum von 1892—1896 wurden 908 Personen mit 8292 Injektionen zumeist von Hg-thymol bezw. thymolo-acet oder Hg salicylicum in Paraffinum liquidum behandelt. Durchschnittlich entfällt eine Embolie auf 1752 Injektionen bei Männern, 1090 bei Weibern, 1185 bei Personen ohne Unterschied des Geschlechts. In keinem der Emboliefälle ist der Tod eingetreten. Für die Injektionen werden in Breslau von je her die äußeren und oberen Quadranten der Glutäalgegenden bevorzugt, wo das Risiko, eine Vene zu treffen, sehr gering ist. Verfasser kann sich nach den Beobachtungen im Allerheiligen-Hospital der in letzter Zeit mehrfach ausgesprochenen Ansicht, daß die Injektionen ungelöster Quecksilbersalze allein schon wegen der Möglichkeit, gelegentlich eine Lungenembolie zu veranlassen, zu verwerfen seien, nicht anschließen.

IX. **Epidemiologische Untersuchungen über die Lepra und den ätiologischen Zusammenhang ihrer Einzelerkrankungen**, von Heinrich Lohk-Dorpat. Während man bisher aus dem statistischen Material der verschiedenen Leprakommissionen hinreichenden Aufschluß über die geographischen, ethnographischen und hygienischen Verhältnisse, unter denen die Lepra am besten gedeiht, erhielt, ist man über die Frage, auf welchem Wege der Leprabacillus in den Körper des Einzelnen

gelangt, wo er herstammt und wie er sich verbreitet hat, im Unklaren geblieben. Hier vermag nur das Experiment Aufklärung zu bringen. Da aber solche am Tiere versagen, so wird man einstweilen nur durch eine möglichst genaue, anamnestische Untersuchung der ätiologischen Momente in jedem einzelnen Leprafall und durch sorgfältige Beobachtung der Einzelfälle, in denen die Natur selbst ihre Experimente ausführt, zum Ziele gelangen. In dieser Überzeugung hat Verfasser sich an die Bearbeitung der von der Dorpater medizinischen Fakultät gestellten Preisaufgabe gemacht, welche lautete: „Die Verbreitung der Lepra auf der Insel Oesel (Kreis der Provinz Livland) ist nach ihren ätiologischen Zusammenhängen zu erforschen". Die Resultate dieser Arbeit, für welche der Verfasser den Preis der goldenen Medaille erhalten hat, werden in der vorliegenden Arbeit mitgeteilt. Vorher berichtet er über den bisherigen Gang der Lepraforschung in den russischen Ostseeprovinzen, macht uns dann mit den Lebensbedingungen der Bewohner Oesels bekannt, beschreibt seine Forschungsreise und eine Reihe von Krankengeschichten, aus denen man die Thatsache entnehmen kann, dafs die Patienten, bevor die Lepra bei ihnen zum Ausbruch kam, in einem mehr oder weniger nahen Konnex mit schon Aussätzungen gestanden haben. Diese Krankengeschichten bieten ferner zahlreiche Beispiele dafür, dafs die Leprösen die gleiche Erkrankung ihrer Geschwister und ihrer nächsten Blutsverwandten und solcher Leute, mit welchen sie tagtäglich verkehrten oder zusammenwohnten, zu verheimlichen suchten. Unter solchen Umständen ist es erklärlich, wie so vielen Forschern, welche sich mit der Ätiologie der Lepra beschäftigt haben, solch wichtige anamnestische Thatsachen entgehen konnten. Die anamnestische Aufklärung der Krankengeschichten von Leprösen verlangt eben einen Aufwand von Zeit und Mühe, dessen der Einzelfall kaum wert erscheint; erst eine gröfsere Zahl solcher Fälle mit ausführlichen Anamnesen giebt ein lohnendes Resultat. — Die geographische Verbreitung der Lepra auf Oesel charakterisiert der Verfasser folgendermafsen: Die zwei Hauptherde im Kirchspiel Kielkond und auf der Halbinsel Schworbe setzen sich jeder aus kleinen Nestern zusammen, die sich in einzelnen Dürfern lokalisieren. Dafs auch sporadische Fälle vorkommen, stöfst diese Regel nicht um. Diese Nester wiederum sind in einzelnen Bauergesinden lokalisiert. Diese nesterartige Lokalisierung der Lepra läfst sich mit der Annahme allgemeiner tellurischer Ursachen nicht gut vereinigen. Überall konnte der Nachweis geführt werden, dafs die Patienten in mehr oder weniger enger Berührung mit Leprösen gelebt haben und noch leben. Aus den vom Verfasser gesammelten Daten geht mit Sicherheit hervor, dafs in denjenigen Bezirken, wo noch jetzt das endemische Vorkommen der Lepra festgestellt werden konnte, auch schon vor 60 Jahren der Aussatz vorgekommen ist. Diejenigen Gesinde und Dörfer, wo in früheren Jahrzehnten Lepra vorgekommen ist, sind auch jetzt noch die bevorzugten Nistorte der Seuche. Die Lepra hat die Eigentümlichkeit, sich durch Generationen hindurch in solchen Menschenkomplexen zu erhalten, die, sei es durch die Bande des Blutes, sei es durch soziale Verhältnisse, auf einen intimen Umgang mit einander angewiesen sind. Verfasser hält die Lepra für eine kontagiöse Krankheit. Die Frage, ob die Krankheit trotzdem nicht auch durch Vererbung fortgepflanzt werden kann, läfst er, da sein Material ihm für eine solche Annahme keine positiven Anhaltspunkte geliefert hat, unentschieden. Was das Verhältnis der Lepra anaesthetica zur Lepra tuberosa betrifft, so fand Verfasser zu seiner Überraschung, dafs kein einziger Fall von Lepra anaesthetica Tochtererkrankungen nach sich gezogen hat, während dies bei 75% der tuberösen Fälle der Fall war. Auf der Insel Oesel wird dieselbe von den Bauern für nicht ansteckend, die Lepra tuberosa dagegen für sehr ansteckend gehalten. — Verfasser präcisiert seine Ansicht bezüglich der Kontagiosität der Lepra genauer dahin: „Die Lepra tuberosa ist eine kontagiöse Krank-

heit; die Lepra anaesthetica dagegen wird zwar durch den Leprabacillus oder durch das Lepravirus auf dem Wege der Kontagion hervorgerufen, ist aber selbst nicht oder nur in geringem Maſse ansteckend.“ Deshalb ist kein Grund vorhanden, die mit dieser Form des Aussatzes behafteten Patienten in Leproserien einzusperren. Es genügt, die tuberös Leprösen in denselben unterzubringen. *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.

September 1897.

I. **Pemphigus von neunjähriger Dauer bei einer Frau,** von T. C. Fox-London. Die 54jährige Patientin hat 7 Kinder geboren. Eins starb im Alter von von 12 Jahren an Tuberkulose. Vom Pemphigus wurde die Frau zum ersten Male vor 9 Jahren, und zwar unmittelbar vor Beginn einer Schwangerschaft befallen. Während der Gravidität nahm der Pemphigus an In- und Extensität zu und zeigte damals, zumal in den früheren Stadien, noch die gewöhnlichen charakteristischen Merkmale des Pemphigus vulgaris. Weder in den Blasen noch in ihrer Gruppierung oder Lokalisation war etwas Besonderes zu bemerken. Sie schienen spontan sich zurückzubilden. Nach der Schwangerschaft jedoch nahm der Pemphigus allmählich einen chronischen Verlauf an, wobei die Entwickelung der Blasen gewisse Besonderheiten zeigte. Vor allem ist eine auſserordentliche Vulnerabilität der Haut und gewisser Schleimhäute auffallend. Auf jede leichte Verletzung antwortet die Haut mit einer unregelmäſsig begrenzten, schlappen, zuweilen blutigen Inhalt enthaltenden Blase. So ist die Patientin niemals frei von solchen dort, wo das Korsett drückt, wo die Zähne die Zunge und die Lippen berühren u. s. w. Ganz in der letzten Zeit klagte sie über ihre Augen, und man bemerkt bei genauer Besichtigung, daſs die sogenannte essentielle Schrumpfung der Conjunctiva begonnen hat. Dieselbe rührt von unvollständig entwickelten, zur Abheilung gelangten Blasen her. Die Nägel an Händen und Füſsen sind für immer verloren gegangen infolge von Blasenbildung unter ihnen und Zerstörung der Matrix durch Narbengewebe. — Die Patientin wurde längere Zeit hindurch mit Arsenpräparaten behandelt. Das Medikament zeigte zweifellos einen guten Effekt auf die Herabsetzung der Blasenbildung, solange die Kranke es vertrug. Sobald jedoch Magenbeschwerden sich einstellten und damit das Allgemeinbefinden der Patientin sich verschlechterte, schien das Mittel eher zu schaden als zu nützen. Der Fall entspricht im ganzen dem von Malcolm Morris und Leslie Roberts im Jahre 1889 im *Brit. Journ. of Derm.* publizierten Falle von „Pemphigus der Haut und der Mundschleimhaut, kompliziert mit essentieller Schrumpfung und Pemphigus der Conjunctiva“. Nur fehlten hier die eigentümliche Vulnerabilität der Haut und der Verlust der Nägel.

II. **Ausschläge nach Quecksilbereinreibungen,** von G. G. St. Taylor-Liverpool. Der Verfasser beschreibt 3 Fälle. Im ersten Falle stellte sich bei der 60jährigen Patientin unter den Quecksilberinunktionen nahezu universelle Loslösung der Hornschicht der Epidermis ein. Der zweite Fall betraf einen 23jährigen jungen Menschen, der während der Einreibungen rote, schuppige Stellen am Stamm aufwies, die für syphilitische Erscheinungen angesehen wurden und zur Fortsetzung der Inunktionskur veranlaſsten. Der Zustand verschlimmerte sich aber rapide. Als Verfasser den Patienten sah, zeigte er das typische Bild einer Dermatitis exfoliativa, die sich anfangs den angewandten Mitteln gegenüber rebellisch erwies und erst auf Teerbäder sich besserte. Der dritte Fall betraf ein 21jähriges Mädchen, bei der die auf Merkureinreibungen folgende akute Dermatitis exfoliativa einen letalen Ausgang nahm. In diesem Falle mögen an dem üblen Ausgange noch andere Fak-

toren mitgewirkt haben, so Rheumatismus, hereditäre Syphilis und psychische Störungen. Die Patientin hatte einige Tage, bevor die Quecksilbereinreibungen begonnen wurden, einen masernartigen Ausschlag, und es ist wahrscheinlich, dafs es nur eines sehr wenig starken Reizes bedurfte, um eine Dermatitis exfoliativa hervorzurufen.

III. **Bemerkungen über das ulcerierende Granuloma der Pudenda,** von Ch. W. Daniels-Georgetown (British Guiana). Mit Beziehung auf die im April d. J. von James Galloway publizierte Arbeit über das ulcerierende Granuloma der Pudenda bemerkt der Verfasser, dafs die Affektion in British Guiana unter dem Namen „Leistengeschwür" bekannt sei. Die Beschreibung, die Galloway von der Krankheit gebe, sei klar, und der von ihm publizierte Fall ein typischer. In folgenden Punkten differieren die Ansichten des Verfassers mit denen Galloways: 1. In der Nomenklatur. Im Vergleiche zu anderen Granulomen, wie der Tuberkulose, Syphilis, Framboesie sei die Neigung zur Ulceration beim ulcerierenden Granulom gering. Ein sehr wesentliches Symptom desselben ist die frühzeitige und ausgedehnte Bildung von dichtem Narbengewebe, weshalb „sklerotisierendes" Granuloma vielleicht besser am Platze wäre. 2. Bezüglich des Vorkommens der Affektion sollte Galloway anstatt Westindien schreiben: British Guiana und Westindien. 3. Die wässerige Absonderung beschränkt sich nicht auf die ulcerierte Fläche, sondern sie rührt von allen Teilen des Gewächses her, und man sieht sie aus der ganzen ausgedehnten Narbenfläche hervorquellen. 4. Bezüglich der histologischen Untersuchung ist zu bemerken, dafs die Verlängerung der interpapillären Fortsätze nicht als ein charakteristischer oder wesentlicher Befund bei der Affektion angesehen werden kann. In vielen Fällen ist eine solche Verlängerung der interpapillären Zapfen nur auf die äufsersten Ränder des Gewächses beschränkt, während man weiter nach dem Centrum nichts von Papillen bemerkt. Wie schwach selbst an den Rändern zuweilen die Hypertrophie der Papillen sein kann, beweisen Präparate des Verfassers, der der Frage deshalb eingehende Aufmerksamkeit geschenkt hat, weil die Meinung vorherrschte, dafs die Zapfen ihrer Struktur nach epitheliomatöser Natur wären und der Rundzellentumor nur sekundär infolge der Reizung der eindringenden epithelialen Fortsätze entstände. Er stimme darin Dr. Galloway bei, dafs die Rundzelleninfiltration bei der Krankheit das wesentliche bilde, die epithelialen Veränderungen jedoch erst sekundär sich einstellten.

IV. **Prognostischer Wert des Herpes bei den Fieberattacken der Malaria,** von Arthur Powell. Der Verfasser hat in seinen Hospitälern durchschnittlich täglich 100 Malariakranke zu behandeln. Wenn während einer Attacke des remittierenden oder intermittierenden Fiebers eine Herpesgruppe auf den Lippen, im Gesichte oder sonstwo sich zeigte, so sah er dies immer als ein Zeichen dafür an, dafs die Malariaattacke vorüber war. Niemals während seiner ganzen Praxis hat sich dieses Zeichen als trügerisch erwiesen. Verfasser war sehr überrascht darüber, dafs kein Dermatologe, dem er diese Thatsache mitteilte, bis dahin etwas davon gewufst hatte. Manch einer lächelte skeptisch über diese Idee. — Unter anderen Fällen beschreibt der Verfasser auch die Erscheinungen, die er in dieser Beziehung an sich selbst beobachtet hat. Während seiner neunjährigen Praxis hatte er fünf- bis sechsmal das Fieber. Dreimal davon wurde der letzte Tag des Fiebers durch Herpesbläschen signalisiert, welche ein- bis zweimarkstückgrofs waren und den rechten Oberschenkel befallen hatten. Dieser Herpes schien einige Male direkt an die Stelle von Fieberattacken zu treten. Verfasser hatte ihn wenigstens zwanzigmal, ohne dafs das Fieber vorausgegangen wäre. Nur durch die Prodromalsymptome des Fiebers, Mattigkeit, Übelkeit, Schmerzen im Rücken und in den Beinen wurde er darauf aufmerksam gemacht, dafs er gleichsam in eine Fieberattacke eintrete. An deren Stelle kam jedoch nur die Herpesgruppe

zum Vorschein. — Der Herpes als das Ende des Fiebers ist den Patienten so bekannt, dafs sie ihn „Bokhar-ki-tatti“ — die Faeces des Fiebers — nennen.

V. **Die Karbunkel der Pest,** von Arthur Powell. Unter den Pestkranken in Bombay sah Verfasser 5 Fälle von sogenanntem Karbunkel. Bei keinem jedoch entsprach dasselbe dem eigentlichen Bilde des Karbunkels. In Wirklichkeit handelte es sich um eine Gangrän der Haut. In 2 neueren Fällen sah Verfasser Beulen, so dafs das Vorkommen von wahren Karbunkeln wahrscheinlich ist. Eine Thatsache ist bei der Pest auffallend. Die Mehrzahl der ärmeren Patienten, welche barfufs gehen und der Verletzung durch Kratzen oder Insektenstiche an den Beinen ausgesetzt sind, zeigte Vergrößerung der vertikalen Kette der Femoraldrüsen, während die besser situierten, Schuhwerk tragenden Patienten den pneumonischen Typus der Pest aufwiesen und Vergrößerung der Axillar- oder der Cervikal- oder der horizontalen Kette der Inguinaldrüsen zeigten. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897. No. 7.

I. **Über die langsam eintretende traumatische Verengerung der membranösen Harnröhre,** von Bazy. Der Verfasser hebt hervor, dafs er zuerst aufmerksam machte, dafs ebenso wie nach vorausgegangener Blennorrhoe, so auch nach Traumen spät erst eine Striktur sich ausbilden könne. Er kritisiert verschiedene Fälle als nicht hierher passend und verlangt für die in Betracht kommende Affektion folgende Faktoren: Altes, vielleicht sehr altes Trauma, bleibende und sichtbare Entstellung des Beckens, Abwesenheit von Zufällen während vieler Jahre, Aufgehaltenwerden der Knopfsonde an einem deutlich bestimmten Punkte der Harnröhre (pars membranacea); dieser Punkt läfst sich palpatorisch durch die untersuchende Knopfsonde nachweisen, diese selbst wird nicht am Damm, wohl aber vom Mastdarm aus gefühlt; endlich zeigt sich diese Stelle als Widerstand gegenüber der eingeführten Klinge des Urethrotoms.

II. **Über die pathologischen Beziehungen zwischen dem Geschlechts- und Harnapparat bei der Frau,** von Legueu. Die Arbeit giebt eine gute Übersicht über den derzeitigen Stand dieser Frage. In der Einleitung weist der Verfasser daraufhin, wie schon die anatomischen Beziehungen zwischen Harn- und Geschlechtsapparat beim Weibe, die Gefäfsanastomosen, welche den Blutkreislauf im Uterus und in der Blase verbinden, verstehen lassen, warum die urogenitalen Leiden oft solidarisch und eng verknüpft erscheinen. — Durch innigen anatomischen Kontakt kann der kranke oder neoplastisch veränderte Uterus auf Harnröhre und Blase einen Druck ausüben; enge Gefäfsverbindungen, sowohl venöse als arterielle, erlauben dem entzündeten Uterus und seinen Anhängen, die Blase ebenfalls mit in Entzündung hineinzuziehen. Endlich findet sich für die Blase, da sie mit ihrem Ausführungsgang der Harnröhre, im Niveau der Vulva mündet, einer Gegend, die schon in normalen Zeiten als septisch betrachtet werden kann, Gelegenheit genug, um von hier aus infiziert zu werden. — Diese pathologischen Beziehungen greifen noch weiter, auch der Harnleiter kommt mit in Betracht. Derselbe tritt in Kontakt mit dem Gebärmutterhals, verläuft von aufsen nach innen längs des abhängigen Randes des Ligamentum latum. Da kann er durch Geschwülste des Uterus oder seiner Anhänge abgedrängt oder gedrückt werden, die Wirkungen eines solchen Druckes übertragen sich bis zur Niere. — Der Einfluſs der Gebärmutter auf den Harnapparat äufsert sich auf mehrfache Art: dynamische oder reflektorische Einflüsse, ferner mechanische Einflüsse gestatten den Geschlechtsleiden, die Blase oder den Ureter in Mitleidenschaft zu ziehen und deren Funktion zu stören. Die geschlechtlichen Infektionen selbst bereiten den

Boden vor und schaffen Disposition zu Harninfektionen. — Der Verfasser widmet nun diesen einzelnen Einflüssen eigene Abschnitte. Im ersten behandelt er die dynamischen oder reflektorischen. Solche existieren schon im physiologischen Zustande: die menstruelle Kongestion, die Schwangerschaft in ihrem Anfange gehören hierher, sie verursachen manche Blasenreaktion, z. B. lebhafte Urinfrequenz. Auch vorübergehende Harnverhaltung kommt vor. Im pathologischen Zustande giebt es noch mehr Einwirkungen und Folgezustände im Harnapparat, sie beziehen sich auf die Kontraktilität und Empfindlichkeit der Blase. Hauptsächlich vier Typen lassen sich da finden: Pollakiurie, Schmerzen, Harnverhaltung und Inkontinenz. Die beiden ersten sind fast immer vergesellschaftet und bilden die „reizbare Blase". Am häufigsten sind die beiden erstgenannten Zeichen durch die Metritis und Salpingitis verursacht, sie sind dann entweder intermittierend oder von ziemlicher Dauer. Der Prolaps der Genitalien, hauptsächlich im Anfange, die Cystocele erzeugt besonders leicht diese häufigen und schmerzhaften Miktionen. Bei Geschwülsten entstehen diese Störungen seltener, sie wirken hauptsächlich mechanisch auf die Blase. Nur die sehr gefäfsreichen, welche im Uterus und dann auch in der Blase Kongestion hervorrufen, sind fähig, die Symptomenreihe der reizbaren Blase zu bewirken. — Überhaupt ist es die Kongestion, welche man ausschliefslich für die Entstehung dieser funktionellen Störungen als ursächliches Moment anzunehmen hat, ob nun Entzündungen, Lageveränderungen oder gefäfsreiche Geschwülste vorliegen. Zuckerkandl hat auch cystoskopisch bei schwangeren Frauen die Gefäfsinjektion am Blasengrund nachgewiesen. Für die Behandlung kommt daher auch hauptsächlich die Verminderung oder Beseitigung dieser Kongestion in Betracht. — Sehr selten kommt die Harnverhaltung und noch seltener die Inkontinenz als Reflexzeichen zur Beobachtung. Nach Operationen, wie Laparotomie, Hysterektomie, aber auch nach weniger eingreifenden wie Auskratzung, Amputatio colli etc. wurde Urinverhaltung beobachtet, nur ausnahmsweise Inkontinenz, beide blofs vorübergehend. In allen Fällen liegt eine deutliche Schwächung der Blasenkontraktilität vor. Diese Parese vermindert sich in wenigen Tagen, die Kontraktilität des Blasenmuskels kehrt zur Norm zurück. — Die mechanischen Einflüsse der Genitalorgane auf den Harnapparat sind die am meisten bekannten und am besten studierten, sie wirken hauptsächlich durch Druck, sei es auf Harnröhre, Blase oder Harnleiter. Entzündete, vergrößerte Organe, Geschwülste, Verlagerungen müssen eine Reihe funktioneller Störungen direkt durch Kompression hervorrufen. Diese Störungen sind sehr verschiedenartige, je nach dem ursächlichen Faktor. Es kommen Dysurie, Harnverhaltung, Urinretentionen von vorübergehender und längerer Dauer, Schmerzen, Harndrang vor in sehr verschiedenen Graden. Das Verhalten der einzelnen Geschwülste ist ausführlich geschildert und in seinen Beziehungen zu den einzelnen Harnorganen berücksichtigt. Es ist klar, dafs besonders die Druckerscheinungen von Seite des Ureters oder beider Harnleiter von lebensgefährlicher Bedeutung sein können. Die Einflüsse der Infektion der Genitalorgane auf den Harnapparat sind ebenfalls von grofser Bedeutung. Ob die Infektion im unteren (Vaginitis) Abschnitte oder im oberen vorhanden (Metritis, Salpingitis), jedenfalls ist die Blase dann von einem septischen Herd umgeben, von dem aus leicht Infektionsträger einwandern können. So entsteht im Verlaufe oder gegen Ende der blennorrhoischen Infektion die Cystitis, indem auf dem durch die Gonokokken verbreiteten Boden gewöhnliche Bakterien ihre Virulenz erhöhen. So kann Cystitis mit Metritis und Salpingitis zusammentreffen, besonders wenn mehrere Momente mitspielen, wie Kongestion, Retention nach einem operativen Eingriffe. Und auch durch die Blasenwand hindurch können Infektionsträger eindringen. — Die Krankheiten des Uterus und seiner Adnexa können bis zur Niere ihren Einfluss aus-

dehnen und dadurch die Lokalisierung der Infektion begünstigen. Gewöhnlich wird diese durch den komprimierten und dadurch krankhaft veränderten Harnleiter erfolgen, aber auch auf dem Wege der Blutcirkulation ist eine Infektion der Nieren möglich, namentlich wenn durch vorausgegangenen Druck auf diese Niere der Boden empfänglicher für Mikrobien gemacht wurde.

III. **Abgekapselter Stein,** von MENDOZA. Ein diesbezüglicher Blasenstein wurde vom Verfasser zunächst nicht als abgesackter erkannt, vergeblich versuchte er mit dem Lithotriptor denselben zu fassen. Die Sectio alta gab endlich Aufschluſs über das Vorhandensein eines Sackes, in welchem der Stein unbeweglich lag, breites Eröffnen des Sackes beförderte sodann den Stein heraus. Der Patient genas zunächst, starb jedoch zwei Monate später an einer Pleuro-Pneumonie, die anscheinend auf eine deutliche Erkältung gefolgt war. — An diesen Fall reiht nun MENDOZA differentialdiagnostische Bemerkungen an, in der Hauptsache folgende: Man solle an einen abgesackten Stein denken, sobald man trotz aller Bewegungsversuche mit dem untersuchenden Instrumente den Stein nicht vom Platze bringt. Freilich ist mit groſser Zartheit vorzugehen, um die Einpflanzungsbasis nicht zu zerstören. Die Rektaluntersuchung kann ebenfalls mithelfen. Das Cystoskop ist von sehr groſser Bedeutung, da es endgültig die Diagnose sichern kann. Hierbei erwähnt MENDOZA eines Falles aus der Poliklinik von FRITSCH in Wien, wobei hauptsächlich cystoskopisch die Diagnose gestellt wurde. — Die Schluſssätze der Arbeit lauten: 1. Die abgekapselten oder abgesackten Steine können und sollen vor dem operativen Eingreifen erkannt werden. 2. Die Abkapselung eines Steines ist eine formelle Gegenanzeige für die Lithotripsie und verlangt vielmehr die Sectio alta. 3. In zweifelhaften Fällen muſs man zu dieser Operation seine Zuflucht nehmen. *Neuhaus-München.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Juli und August 1897.

I. **Die Beziehung der Oxalurie und excessiven Harnsäureausscheidung zu Entzündungen und Störungen im Urogenitalapparate,** von BRANSFORD LEWIS-St. Louis. Die Litteratur über diesen Gegenstand ist sehr spärlich und hat auch wenig Beachtung gefunden. An einer Reihe eigener Beobachtungen führt Verfasser den Nachweis, daſs die übermäſsige Ausscheidung der Oxalsäure wie der Harnsäure zu pathologischen Prozessen im Urogenitalapparate Anlaſs gebe. Ein 24jähriger, kräftiger, wohlaussehender Arbeiter, hatte in der Jugend Masturbation in mäſsigem Grade getrieben. Als er 18 Jahre alt war, merkte er, daſs schon bei geringer sinnlicher Erregung Ejakulation leicht erfolgte, oder daſs bei der Defäkation öfter eine schleimige Flüssigkeit aus der Harnröhre herausfloſs. Er hoffte durch regelmäſsigen sexuellen Verkehr das Übel zu beseitigen, jedoch vergebens. Unter den häufigen nächtlichen Pollutionen begann das Allgemeinbefinden des Patienten sich zu verschlechtern; er fühlte sich matt, bei der Arbeit sehr rasch ermüdend. Bis dahin hatte er nie an einer geschlechtlichen Krankheit gelitten. Im Jahre 1890 acquirierte er eine Blennorrhoe verbunden mit Prostatitis. Im Jahre 1892 konsultierte der Patient den Verfasser. Die örtliche Untersuchung ergab nichts Abnormes an den Genitalien, namentlich keine Striktur. Der Urin war wolkig trübe und zeigte unter dem Mikroskop Eiterzellen und eine groſse Menge Krystalle von oxalsaurem Kalk. Der Urin wurde daraufhin wiederholentlich untersucht, um festzustellen, ob dieser Zustand nur vorübergehend oder konstant war. Es zeigte sich jedesmal eine enorme Zahl solcher Krystalle im Urin. Die Behandlung mit Irrigationen von Zincum sulfuricum-Lösung klärte zwar den Urin auf, führte jedoch keine Änderung desselben bezüglich des

Gehalts an oxalsaurem Kalk herbei. Das Mattigkeitsgefühl des Patienten bei der Arbeit war nicht um ein Haar geringer geworden. Erst als derselbe angewiesen wurde, weniger Vegetabilien und desto mehr Fleisch zu essen und lithionhaltiges Wasser zu trinken, besserte sich rasch sein Allgemeinbefinden und die Arbeitskraft. In einem anderen Falle klagte ein verheirateter Arzt, dafs er zeitweilig Attacken von Harndrang bekäme und auch des Nachts aufstehen müfste um zu urinieren. Lokale Irrigationen hätten ihm keine Besserung gebracht. Die Untersuchung des Patienten seitens des Verfassers ergab nichts Abnormes, ausgenommen einen an Harnsäure und Uraten reichen Urin. Der Patient war ein starker Fleischesser. Die daraufhin korrigierte Diät (Vegetabilien, Milch, klares Wasser), aufserdem der Gebrauch von Natrium salicylicum befreite schon innerhalb von drei Wochen den Patienten von allen seinen Beschwerden. — Der Verfasser beschreibt weitere 12 ähnliche Fälle und zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: 1. Sowohl die Oxalsäure wie die Harnsäure können im Urin entweder physiologisch oder pathologisch auftreten. 2. Im letzteren Falle können sie manche nachteilige Wirkungen auf den Urogenitalapparat hervorrufen. 3. Dieselben bestehen darin, dafs sie entweder dort pathologische Zustände erregen, wo vorher völlige Gesundheit geherrscht hat, oder wo bereits Entzündungen und Störungen (Blennorrhoe, Prostatorrhoe, Spermatorrhoe etc.) bestehen, diese verschlimmern und den üblichen Behandlungsmethoden resistenter machen. 4. Das Harnsäureelement tritt nicht immer als ursächlicher oder komplizierender Faktor in solchen Fällen klar zu Tage. 5. Wenn das oxalsaure oder harnsaure Element in der einen oder anderen Weise schädlich wirkt, so ist eine systematische Behandlung (diätetische, medikamentöse und hygienische) erforderlich und kann sogar auch ohne lokale Mafsnahmen schon hinreichend sein, um die pathologischen Zustände zu beseitigen.

II. **Eine neue Methode, um polypöse Gewächse aus der Blase zu entfernen,** von George Chismore-San Francisco. Der Verfasser hat seine Methode erst an zwei Krankheitsfällen erprobt; die unmittelbaren Erfolge jedoch — Sistierung einer lebensgefährlichen Blutung und Erleichterung einer übergedehnten und prallgefüllten Blase — waren derartige, dafs er diese Methode der Veröffentlichung und der Nachprüfung für wert erachtet. — Das Prinzip, auf welchem die Operation beruht, ist, durch Ansaugen mittelst eines an einem Litholapaxiekatheter befestigten Aspirators das Gewächs oder die Gewächse im Auge des Instruments zu erfassen und sie durch sanften Zug und Hin- und Herbewegen von ihren Anheftungen loszureifsen und in eine Spülflasche hineinfallen zu lassen. Vor Beginn der Operation wird die Blase entleert, dann werden 2—3 Unzen einer gesättigten und möglichst heifsen Borsäurelösung, der nötigenfalls zur Schmerzlinderung etwas Kokain hinzugefügt werden kann, eingespritzt. Mit der Spitze des Katheters versucht man hierauf durch Abtasten den Sitz der Geschwulst zu lokalisieren. — Ob man beim Ansaugen nur die reine Blasenwand oder die Geschwulst erfafst, erkennt man einmal an dem Schmerze, den der Patient im ersteren Falle empfindet, während er im letzteren frei davon ist, andererseits an dem Grade der Beweglichkeit des Katheters. Ist beispielsweise ein Polyp erfafst, so läfst sich der Katheter etwas hin- und herbewegen, während er im entgegengesetzten Falle sich augenscheinlich an der Blasenwand festgesaugt hat. Man mufs das, wie der Verfasser meint, im Gefühle haben und lernt dies auch sehr leicht. Im folgenden werden die beiden Fälle, an welchen die Methode erprobt worden ist, genau beschrieben.

Das August-Heft enthält keine Originalartikel, sondern nur den Bericht über die Verhandlungen der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft.

C. Berliner-Aachen.

Besprechungen.

Jahresbericht über das Vestre-Hospital für 1896, von R. Bergh-Kopenhagen. (39 S.) Ein detailliertes Autoreferat dieses Jahresberichtes wird wie gewöhnlich in *Virchow-Hirschs Jahresbericht* gegeben werden, worauf an dieser Stelle hingewiesen werden soll. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

De la dyshidrose, von P. Farez. (Paris. A. Maloine. 1897.) Auf Grund eines sorgfältigen Studiums der Litteratur und einer Analyse von 35 — darunter 8 eigenen — Beobachtungen definiert F. die Dyshidrose (Tilbury Fox), (Cheiropompholyx, Hutchinson) als eine Toxineurodermatitis oder als vasomotorisch-toxische Dermatose. Dieselbe geht nach den mikroskopischen Untersuchungen des Verfassers nicht von den Schweifsdrüsen aus. Die Bläschenbildung findet in den intercellulären Räumen des Rete Malpighi statt. Der Blaseninhalt stellt ein Transsudat dar, das aus dem oberflächlichen, papillären Gefäfsnetz stammt, und es handelt sich wahrscheinlich um eine Entzündung dieser papillären Gefäfse auf Grund einer Exacerbation einer chronischen vasomotorischen Störung, welche ihrerseits wieder die Folge einer allgemeinen Intoxikation des Nervensystems darstellt. *H. Einhorn-München.*

Chirurgie des voies urinaires, von E. Loumeau. 2. Bd. (Bordeaux, 1897, Feret & fils.) Die vorliegenden, klinischen Studien beruhen auf 27 eigenen, gründlichen Beobachtungen des Verfassers, welche meist bereits anderwärts publiziert sind. Sie behandeln die verschiedensten chirurgischen Eingriffe bei Nieren- und Blasentumoren, Blasensteinen, Prostatahypertrophie, Strikturen, Fisteln und Ruptur der Urethra, Hypospadie etc. Sowohl die Krankengeschichten wie die Darstellung der Therapie enthalten bemerkenswerte Einzelheiten, hinsichtlich deren auf das Original verwiesen werden mufs. *H. Einhorn-München.*

Traité pratique des maladies vénériennes, von H. Berdal. (Paris, A. Maloine. 1897.) Der durch ein Vorwort von Tenneson eingeleitete I. Teil giebt eine ausführliche, klare Darstellung der Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen bei beiden Geschlechtern, der nicht syphilitischen Ulcerationen des Ulcus molle und der zuerst vom Verfasser und Bataille im Jahre 1889 beschriebenen erosiven, circinären, parasitären Balanoposthitis — und der paravenerischen Affektionen (Herpes genitalis, Vegetationen, Phimosis, Paraphimosis, Phtiriasis pubis und Scabies). Der Text wird durch 7 mäfsig schöne kolorierte Tafeln, die nach Moulages aus den Sammlungen der Hospitäler Ricord und St. Louis hergestellt sind, und 88 weitere Abbildungen erläutert und durch ein überreichliches, 40 Seiten umfassendes Formularium vervollständigt. Bemerkenswert sind die Ausführungen über die Behandlung der akuten Blennorrhoe: Diese „heilt wie jede Krankheit mit cyklischem Verlauf häufig spontan, manchmal sehr rasch trotz ärztlicher, meist unzweckmäfsiger Behandlung, endlich heilt sie manchmal sehr rasch, gewöhnlich aber mit grofser Mühe unter dem Einfluís einer methodischen Behandlung". Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe ist noch undankbarer.

Bei der akuten Erkrankung wird jede lokale Behandlung (Injektionen, Irrigationen) perhorresziert, während der ersten drei Wochen ist nur die Antiphlogose angezeigt. Aufser den bekannten Vorschriften hinsichtlich Diät, körperlicher An-

strengung, Fernhalten sexueller Erregung, reichlich schleimige, alkalische Getränke, Natr. bicarbon., Natr. salicyl. 6 mal täglich 1,5 g, 2 mal wöchentlich Vollbäder von einstündiger Dauer, alle 10 Tage Seydlitz Pulver, lokal kalte Waschungen; erst nach Ablauf von 3 Wochen werden Balsamica verordnet und die Flüssigkeitsaufnahme beschränkt, und nur wenn nach weiteren 14 Tagen die Heilung noch nicht komplet, Injektionen: Resorcin. 2,0, Zinc. sulf. 0,5—1,0: Aq. 100,0.

Bei der subakuten Form, bei welcher der normale Verlauf meist durch frühzeitige lokale Behandlung gestört wurde, Janetsche Spülungen mit Kalium permanganicum 1:5000—3000.

Die Abortivbehandlung kommt nur in den Fällen in Betracht, bei welchen die mikroskopische Untersuchung des Sekrets im wesentlichen gonokokkenhaltige Epithelien der Harnröhre und nur eine geringe Zahl von Eiterkörperchen ergiebt; für diese eignet sich am besten die Janetsche Methode. *H. Einhorn-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Newsholme, Davies und Ross berichten über je einen **Fall von rekurrierenden Pocken.** Bei allen drei Patienten kam es innerhalb 8—14 Tagen zu zwei typischen Pockenausbrüchen. (*Brit. med. Journ.* 10. Okt. 1896.) *C. Müller-Genf.*

Ein Ausbruch von Pocken im Arbeitshause zu Cardiff, von Sheen. (*The Brit. med. Journ.* 4. April 1896.) Verfasser schildert den Gang einer kleinen Epidemie von 21 Fällen im Cardiffer Arbeitshause und stellt auf Grund seiner Beobachtungen Betrachtungen an über die Dauer der Inkubationszeit, über die Art der Infektion und der Ausbreitung, über die Länge der Zeitdauer der Infektiosität etc. etc.

F. Hahn-Bremen.

Bericht über Pockenfälle in Tewksbury im Frühjahr 1894, von Nichols. (*Boston med. and surg. Journ.* 5. März 1896.) Die Epidemie ging aus von einem Manne, dessen Ausschlag als pustulöses Syphilid betrachtet wurde und der bald geheilt entlassen wurde. Zunächst erkrankte Verfasser selbst, trotzdem er als Kind geimpft war, dann der Patient, welcher im benachbarten Bette gelegen hatte; endlich erkrankten noch zwei Pfleger. Die geringe Ausbreitung der Epidemie ist auf die sorgfältig durchgeführte Vaccination zurückzuführen. *F. Hahn-Bremen.*

Pocken in Redruth. (*The Brit. med. Journ.* 28. Nov. 1896.) Alle letal verlaufenen Fälle betrafen nicht geimpfte Personen. *C. Berliner-Aachen.*

Genesung bei hämorrhagischen Pocken, von Ricketts und Frith. (*The Lancet.* 1. Febr. 1896.) Verfasser schildern einen Fall, der auffallend schwer an hämorrhagischen Pocken erkrankt war; es bestand grofse Prostration, Blutbrechen, blutiger Urin. Plötzlich trat rasche Besserung auf. Nephritis bestand nicht. Der Patient war früher geimpft worden. *F. Hahn-Bremen.*

Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1895, von L. Stumpf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 51 u. 52.) Der Bericht zerfällt in einen statistischen und einen sachlichen Teil. Das reiche Zahlenmaterial des statistischen Teils eignet sich natürlich nicht zur Wiedergabe an dieser Stelle, auch sind die daraus zu ziehenden Schlüsse ähnlich den früher in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* erwähnten. Auch die Ergebnisse des sachlichen Teils gleichen im grofsen und ganzen den in den vorausgegangenen Jahren zu stande gekommenen. Doch dürften etliche Einzelheiten berücksichtigt werden. Die Impfung der Civilbevölkerung Bayerns durch die öffentlichen Impfärzte vollzog sich auch 1895 aufserordentlich schnell und prompt innerhalb der Zeit von 6—7 Wochen, etwa vom 20. April bis 5. Juni. Die Impfung der jungen Mannschaften des Heeres wurde in den Herbstmonaten durchgeführt und zu diesem Behufe an die Truppenärzte die gesamte Lymphmenge von 37682 Portionen abgegeben. Die Resultate der Impfung hielten sich im ganzen auf der Höhe des Vorjahres, sind im Berichtsjahre keinesfalls schlechter geworden. — Was das Verhalten der Varicellen zum Verlaufe der Vaccinepusteln betrifft, so wurde mehrmals ein gleichzeitiger ungestörter Verlauf beider Prozesse an denselben Kindern beobachtet. Es entwickelten sich nämlich schöne Impfpusteln neben mehr oder weniger ausgebreiteten Varicellen. Mehrere Impfärzte beobachteten vaccinale Erytheme, sowie Scharlach und masernähnliche Exantheme mit Ausbreitung über den ganzen Körper. Nach 1—3tägigem Verlaufe, wobei manchmal Fieber vorübergehend hinzutrat, blafsten diese Exantheme ab, das Wohlbefinden der Impflinge blieb von da ab ungestört. In anderen Fällen traten vaccinale Ausschläge in der Form von varicellenähnlichen Bläscheneruptionen auf, es erschienen manchmal selbst herpesähnliche Bildungen. Auch furunkuloseartige Erkrankung und Furunkulose selbst schlossen sich zeitweise an. Lokale Selbstinfektionen kamen im Berichtjahre mehrfach vor. — Die nässenden Ekzeme wurden von der Impfung nach der übereinstimmenden Beobachtung einiger Impfärzte trotz vorsichtigster Impfung nicht günstig beeinflufst, steigerten sich gewöhnlich. Nach der Erfahrung des Berichterstatters Stumpf sollten alle mit Ekzem behafteten Kinder von der Impfung ausgeschlossen werden. — Von besonderen Vorkommnissen wäre noch folgendes erwähnenswert: In einem Falle wurde nur eine Pustel erzielt; die Nachimpfung brachte keine Spur von Reaktion mehr hervor. Die Mutter gab an, dafs bei allen ihren Kindern die Impfung entweder ganz erfolglos blieb oder sich nur wenige Pusteln entwickelten (relative Immunität). — Über einen Erstimpfling wird berichtet, der bereits zum fünften Male geimpft wurde; auch diese Impfung war erfolglos, wie die vier vorausgegangenen. Was das Auftreten von Erkrankungen an Rotlauf betrifft, so hielt sich die Zahl der daran erkrankten Impflinge in mäfsigen Grenzen. Gerade die Wiederimpflinge hatten unter starker örtlicher Reizung des geimpften Armes zu leiden. — Von drei Amtsärzten wurden schwere Wundprozesse berichtet, z. B. suppurative Phlegmone an Arm und Brust. — Was die Renitenz gegen die gesetzliche Schutzpockenimpfung anlangt, so kamen in zwei Kreisen überhaupt keine Fälle von Widerstand gegen die Impfung zur Meldung. — Aufserordentliche Impfungen kamen 1895 nur in sechs Amtsbezirken vor. Vier Kreise blieben von jeglicher Blatternerkrankung vollkommen frei.

Neuhaus-München.

„Immunität" gegen Vaccine, von E. F. Robinson. (*Lancet.* 5. Dez. 1896.) R. impfte ein 3 Monate altes gesundes Mädchen dreimal vergeblich am linken Arm. Darauf impfte er es am rechten Arm mit der zuletzt gebrauchten Lymphe mit bestem Erfolg. Die Lymphe war für alle Impfungen frisch bezogen und hatte sich bei anderen Kindern stets wirksam erwiesen. Der Vater des Kindes, ein sehr gebildeter Mann,

erklärte, dafs bei seinen anderen Kindern die Impfung niemals von Erfolg begleitet gewesen sei. *Philippi-Remscheid.*

Einfluſs des Vaccineexanthems auf die Lokalisation der Mikroorganismen, von ARLOING. (*Comptes rendus de l'Acad. de méd.* CXVII, 10.) Durch Einführung von Pustelsekret von spontaner Horsepox oder Vaccine erzeugte Verfasser bei Füllen generalisierte Vaccine. Die bakteriologische Untersuchung des Inhalts dieser Vaccinepusteln ergab nun in einzelnen Gläsern ein negatives Resultat, in anderen das Aufwachsen eines Staphylococcus, der sich durch mehrere Generationen hindurch kultivieren lieſs. A. weifs nun nicht, ob dieser Mikrococcus im Körper der Versuchstiere bereits vorhanden war oder erst bei der Inokulation in denselben eingeführt wurde. Nach ihm handelt es sich um eine wirkliche sekundäre oder koncomitierende Infektion, wobei das Vaccinevirus auf einzelne im Organismus vorhandene Keime eine direkte oder indirekte anziehende Wirkung ausübt. *C. Müller-Genf.*

Animale Impfung, von WHITESIDE HIME. (*The Brit. med. Journ.* 23. Mai 1896.) Die Arbeit giebt in kurzen knappen Zügen einen Überblick über die Geschichte der Impfung, schildert die Wichtigkeit des Verfahrens und geht dann vor allem auf die animale Vaccination ein, deren Wirksamkeit, Technik, Unschädlichkeit etc. etc. gebührend hervorgehoben und deren allgemeine Durchführung als erstrebenswertes Ideal gepriesen wird, zumal sie beim Publikum sich einer grofsen Beliebtheit erfreue. Im Anhang giebt Verfasser eine sehr interessante und ganz amüsante Schilderung dessen, was sich der Mann aus dem Volke bei der Impfung denkt. Den Schluſs bildet eine Mitteilung der Feierlichkeiten in den verschiedenen Ländern zu Ehren JENNERS beim hundertjährigen Jubiläum der Entdeckung der Impfung.
F. Hahn-Bremen.

Kurze Mitteilung über eine Kuhpockenepidemie mit Übertragung auf den Menschen, von KAEMPFFER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 50.) Verfasser beobachtete eine Kuhpockenepidemie auf einer Domaine in der Mark: von 90 Kühen wurden etwa 60 befallen; Sitz der Erkrankung war stets das Euter. Von den 16 Melkerinnen wurden 10 ebenfalls befallen, obgleich alle revacciniert waren. Die Pusteln gaben teilweise Anlafs zu tiefer Geschwürsbildung, die mit grofsen Narben heilte, und waren oft von ausgedehnten Lymphangitiden und Adenitiden mit hohem Fieber begleitet. *F. Hahn-Bremen.*

Impfungen bei Greisen. LANNOIS hat bei 42 alten Frauen im Alter von 71 bis 93 Jahren Impfungen mit Kuhpockenlymphe vorgenommen und 72,5% positive Resultate erzielt; von diesen Frauen hatten einige Variola durchgemacht. L. zieht hieraus den Schluſs, dafs die durch eine vorangegangene Variola oder Kuhpockenimpfung verliehene Immunität bei älteren Individuen verschwindet und betont die Notwendigkeit der Wiederimpfung für alle Altersklassen bei Pockenepidemien. — In der Diskussion erklärt BARD, dafs die Immunität gegenüber Pocken von derjenigen gegenüber Vaccine verschieden sei und dafs man öfters Individuen antreffe, die sich Pocken gegenüber als immun erwiesen, während sie später mit Erfolg geimpft werden könnten. AUBERT betont die Unrichtigkeit der im Volke verbreiteten Ansicht bezüglich der Immunität der Greise gegenüber Variola. (Lyoner Gesellschaft für medizin. Wissenschaften; *Lyon méd.* 1897. No. 15.) *C. Müller-Genf.*

Der Impfschutz der Hamburger Variolavaccine des Jahres 1881, von L. VOIGT. (*Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* Bd. XXVIII.) Verfasser konstatiert statistisch folgende Thatsachen: 1. Im Jahre 1881 entstand durch die

Verimpfung von Menschenblatternlymphe auf ein Kalb an diesem Tiere eine Blatternpustel, welche den Charakter der Cowpox annahm und den Ursprung des jetzt noch benutzten Stammes der Hamburger Impflypmhe lieferte. 2. Die Lymphe dieses Stammes erwies sich während der ersten Jahre sowohl frisch, wie auch im aufbewahrten Zustande dauerhaft als ganz besonders wirksam und die mit der Lymphe dieses Stammes erzielten Pusteln wuchsen kräftiger als diejenigen der bisherigen Lymphe. 3. Jetzt, nach Ablauf von 11 Jahren, besitzen die damals mit dieser neuen Lymphe Geimpften eine weit gröfsere Immunität gegen die ihnen neuerdings wiedereingeimpfte Vaccine als alle ihre deutschen Altersgenossen. Daher darf man der Hamburger Impflymphe auch eine hervorragende Schutzkraft gegen die Blattern zutrauen. — Aus obiger Betrachtung gewinnt Verfasser den Schlufs auf die Nützlichkeit gelegentlicher Regenerierung der Impflymphe aus der Variola humana, also sowohl die Berechtigung wie die Pflicht, bezügliche Versuche im Dienste der Hygiene an geeigneter Stelle von berufener Hand immer aufs neue anzustellen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bericht der königlichen Kommission für Schutzpockenimpfung. (*The Brit. med. Journ.* 22. Aug. 1896.) Nach 7jähriger Untersuchung veröffentlicht die Kommission endlich ihren ausführlichen Bericht, welcher die Wohlthaten und die Notwendigkeit der Jennerschen Impfmethode unter Anwendung der modernen Verbesserungen klarstellt. *C. Müller-Genf.*

Als sicherste Methode bei Kuhpockenimpfung empfiehlt Jorissenne auf Grund langjähriger Erfahrung die Abkratzung der Epidermis. Es wird eine Fläche von höchstens 9 qmm vorsichtig mit dem Skalpel abgeschabt, in der Weise, dafs keine Gefäfse lädiert werden und nur die Schleimhaut entblöfst wird. (*Bull. génér. de thérapeut.* Bd. CXXX.) *C. Müller-Genf.*

Die „Jenner"-Impfstoffmühle. So nennt Schutte einen von ihm konstruierten, aus unpoliertem Porzellan bestehenden, durch eine Kurbel in Bewegung zu setzenden Apparat, der zum Zerreiben des Impfstoffs sowie von rohem Fleische dienen soll. Derselbe ist nach dem System gewöhnlicher Kornmühlen ausgedacht; der Preis beläuft ich (mit Stativ) auf 40—60 Gulden. (*Nederl. Tijdschr. voor Genesk.* Juni 1896.)

C. Müller-Genf.

Über Lanolinimpfstoff, von W. King. (*The Brit. med. Journ.* 7. Nov. 1896.) K. rühmt die Vorzüge des Lanolins gegenüber allen anderen Präparaten (Glycerin etc.) zur Konservierung der Kuhpockenlymphe. Seitdem er sich dieses Präparierungsmittels bedient, haben sich in seinem Bezirke die negativen Resultate bei der Impfung auf ein Minimum reduziert. *C. Müller-Genf.*

Zur Impfstofffrage enthält die *Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 50 das Referat von Chalybäus, welches für animale Lymphe plädiert und entgegen den Behauptungen Landmanns die Unschädlichkeit und Harmlosigkeit der in der Lymphe gefundenen Spaltpilze betont. *F. Hahn-Bremen.*

Keimfreie Lymphe, von Neidhardt. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 101.) „Keimfreie Lymphe" ist in gewissem Sinne ein Nonsens, denn man nimmt doch an, dafs die wirksamen Bestandteile belebte Keime sind. Ganz keimfreie Lymphe müfste also unwirksam sein. Man versteht deshalb darunter natürlich nur eine Lymphe, die nur die unbekannten spezifischen Keime der Vaccine enthält. Verfasser erörtert nun 1. welche fremde Keime pflanzlicher Natur in der Lymphe vorkommen, 2. welche

Bedeutung diese Keime für die Lymphe und den geimpften Organismus haben, 3. wie dieselben in die Lymphe hineingelangen, 4. ob keimfreie Lymphe nötig und wie sie herzustellen ist.

Die Ergebnisse der Betrachtungen sind: 1. Die Glycerinemulsion der Lymphe, wie sie gegenwärtig von den meisten Impfinstituten geliefert wird, enthält in frischem Zustande, von seltener Keimfreiheit abgesehen, eine mehr oder weniger grofse Zahl pflanzlicher Mikrobien. 2. Diese beigemengten Mikrobien sind gröfstenteils saprophytischer, seltener pathogener Natur und können in letzterem Falle, zumal bei unzweckmäfsiger Schnittführung, zu pathologischen Erscheinungen beim Impfling Anlafs werden. 3. Es ist bis jetzt noch nicht als erwiesen anzusehen, dafs die innerhalb normaler Grenzen sich bewegenden entzündlichen Reaktionen, besonders auch eine Randröte von mehr als 1 cm Ausbreitung, Folgen einer Überimpfung pathogener Keime seien. 4. Nicht alle pathologischen Erscheinungen an der Impfstelle sind auf Bakterien der Lymphe zu beziehen, häufig sind dieselben durch einen sekundären Infekt verursacht. 5. Die Forderung einer von pathogenen Keimen freien Lymphe ist aber nicht auf Kosten ihrer Wirksamkeit beim Impfgeschäft gerechtfertigt. Vor einer entzündlichen Randröte dagegen vermag auch absolut keimfreie Lymphe nicht zu schützen, da nach den zur Zeit geltenden Anschauungen der Vaccineerreger selbst jene veranlassen kann. 6. Die Wege, auf denen pathogene Keime in die Lymphe gelangen, sind zahllos. Die Benutzung keimfreier Lymphe als Stammlymphe schneidet vielleicht einen Zufuhrsweg ab. 7. Die Tierimpfungen sind thunlichst mit aseptischen resp. antiseptischen Kautelen vorzunehmen. 8. Es besteht die Hoffnung, dafs man auf dem Wege der Centrifugierung und Einengung der centrifugierten Lymphe ein keimfreies, brauchbares Produkt erzielen werde. 9. Auf dem Wege des Zusatzes desinfizierender Chemikalien scheint das Ziel jedoch nicht erreicht werden zu können, dagegen bietet 10. der Glycerinzusatz ein Mittel, welches nach einer Zeitdauer von mehreren Wochen bis Monaten zu einer Selbstreinigung der Lymphe führt und die gröfste Mehrzahl saprophytischer und pathogener Bakterien vernichtet. 11. Eine Fortführung einschlägiger Untersuchungen und Experimente ist wünschenswert. 12. Eine fortlaufende bakteriologische Kontrolle ist von den einzelnen Instituten in die Wege zu leiten, wenn die angedeuteten Mittel zur Erzielung keimfreier Lymphe in der Folge als unzureichend sich herausstellen sollten. Eine Centralkontrollstation hat sich den in Deutschland erzielten Impfresultaten gegenüber nicht als notwendig erwiesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Untersuchungen über Lepra, von V. Klingmüller und K. Weber. *(Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 8.) Die Autoren haben bei einem Fall von Lepra, der ein makulöses Exanthem und anästhetische Störungen aufwies, Leprabacillen mit Sicherheit nachgewiesen im Blut, im Inhalt künstlich erzeugter Blasen, in Hautschuppen, in Hautschnitten, wo sie bis in die obersten Epidermisschichten hinaufreichten, und im Schweifs. Genauere Mitteilungen über die Untersuchungsmethoden folgen in einer anderen Arbeit. — Im Blut und in den Blasen liegen die Bacillen teils einzeln, teils in Gruppen bei einander, in letzterem Falle immer 3—4 Bacillen parallel neben einander. Die Enden der entweder graden oder leicht gekrümmten Stäbchen erscheinen abgerundet oder leicht kolbig angeschwollen. Bei dem Gramschen Verfahren Auflösung in Coccothrixfäden, was bei der Ziehlschen Methode nur

bei einzelnen, wenigen Stäbchen zu beobachten ist. — In den auf Bacillen gefärbten Präparaten der Haut ergab sich folgendes: Die infiltrierten Teile sind durchsetzt von zahlreichen Bacillen. Die Stäbchen liegen meistens in Gruppen oder in Garbenform neben einander, gewöhnlich parallel. Nur sehr wenige liegen anscheinend frei, fast alle sind in Zellen eingeschlossen, welche sich bei Gegenfärbung sehr gut abheben; sie erscheinen etwas kleiner als in freien Präparaten. Nach Ziehl gefärbt werden zahlreiche Stäbchen in Coccothrixfäden zerlegt. Im Stratum papillare hat die Anzahl der Bacillen bereits abgenommen und wird immer geringer bis dicht unter das Stratum Malpighii. In der Haarpapille sind die Bacillen noch zahlreich, in der äufseren Haarwurzelscheide sind sie ebenfalls noch vorhanden und scheinen bis an den Haarschaft vorzudringen. — Es liegt auf der Hand, dafs die Bacillen jederzeit mit den Hautschuppen, im Schweifs, im Blut den Körper verlassen können. Da nun die Frage betreffs der Kontagiosität immerhin noch eine offene ist, erscheint es trotz der Möglichkeit des Abgestorbenseins der Bacillen dringend geboten, im Verkehr mit Leprösen vorsichtig zu sein. *H. Einhorn-München.*

Lepra, von W. T. English. (*Med. News.* 7. XI. 96.) Ein in Pittsburg, U. S. A., geborener 40jähriger Mann hatte, wie es scheint, bereits vor 20 Jahren in Para in Brasilien mit Leprakranken verkehrt und dabei sich die Infektion zugezogen. Ob das Schlafen auf der Erde in sumpfigen Gegenden dabei mitgewirkt habe, wie angegeben, mag dahingestellt bleiben. Zur Zeit besteht ausgesprochene Facies leonina, krallenförmige Stellung der Hände, Anästhesie an Händen und Vorderarmen und diffuse Pigmentierungen. Im Sekret der Nase und Augen wurden Bacillen nachgewiesen. Patient entzog sich der weiteren Beobachtung. (Zwei Lichtdruckbilder).

Philippi Remscheid.

Über die Ursache der Lepra und ihre Ausbreitung in Europa, von Karl Grossmann. (*The Brit. med. Journ.* 5. Dezember 1896.) Der Verfasser hat Island und Egypten besucht und Gelegenheit genommen, die Lepra zu studieren, insbesondere sich mit der Ätiologie der Krankheit zu beschäftigen. Alle ursächlichen Momente, die für die Entstehung und Verbreitung der Lepra bisher in der Litteratur geltend gemacht worden sind, zieht Verfasser in den Bereich seiner Betrachtungen. Neu ist die Ansicht, die er mit Prof. Koch während des letzteren Aufenthaltes in Kairo diskutiert hat, dafs nämlich der menschliche Körper nur der zufällige Wirt des Lepra-Parasiten sein mag, dessen gewöhnliche Wohnung aber extrahuman sei. Verfasser bespricht auch die verschiedenen Formen der Lepra, die er auf seinen Reisen angetroffen hat, unter besonderer Berücksichtigung der durch die Krankheit hervorgerufenen Augenaffektionen und Störungen des Sehvermögens. Einige prägnante Krankengeschichten illustrieren das Gesagte. *C. Berliner - Aachen.*

Zur Bekämpfung der Lepra sind in Schweden 1600 Kronen bei der Regierung von Dr. Karl Jansen und Edwald Cederholm gefordert, um einen Versuch mit der Behandlung mittels Erysipelcoccus-Kulturen an Leprösen des Krankenhauses in Jerssö zu machen. Dänemark hat der Lepra auf seinen westindischen Inseln seine Aufmerksamkeit zugewandt. Es sind gefunden auf St. Croix 82, auf St. Thomas 22 Lepröse; darunter gehören 5 der weifsen Rasse an, die jedoch nicht kürzlich eingewandert sind. Es ist in St. Croix ein Asyl errichtet und eine Verfügung erlassen, die folgende Punkte enthält: 1. Anmeldepflicht für Ärzte und Angehörige. 2. Erhebungen über die Verbreitung der Krankheit durch die Polizei. 3. Kontrolle der aus Leprainseln Einwandernden bei der Ankunft und später in bestimmten Zwischenräumen. 4. Errichtung eines Spitals mit Einrichtungen, die auch für besser

situierte Patienten genügen. 5. Obligatorische Internierung. 6. Besondere Berichte an das Gesundheitskollegium über den Verlauf der Krankheit und getroffene Maßnahmen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 16.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Geschichte und die Verbreitung der Lepra in der Kap-Kolonie, von P. E. Todd. (*The Brit. med. Journ.* 12. Dezember 1896.) Der Verfasser glaubt, daß die Lepra von Nordafrika, wo sie seit undenklichen Zeiten geherrscht hat, nach Südafrika eingeschleppt worden sei. Die Hottentotten kamen von Norden und vertrieben, wahrscheinlich bedrängt von anderen Stämmen, die früher dort wohnenden Buschmänner nach den Bergen und den unzugänglichen Teilen von Südafrika. In ähnlicher Weise sind später die Hottentotten von anderen von Norden eindringenden Völkerstämmen bedrängt worden, so daß für die fortdauernde Einschleppung der Lepra hinreichend Gelegenheit geboten worden war. Im Jahre 1895 zählte die weiße Bevölkerung bei 166 383 Einwohnern 43 Lepröse, d. h. 2,58 auf 10 000.

C. Berliner-Aachen.

Die römische Kirche und die Leprakranken von Columbia, von A. Ashmead. (*Journ. of the amer. med. assoc.* 22. August 1896.) Evatio Rabagliati, Mitglied des St. Lazarus-Ordens, dessen Begründer selbst leprakrank gewesen ist, und der Erzbischof von Bogota (Columbia) fordern zu Beiträgen für die Erbauung eines großen Leprakrankenhauses in San Martin auf. In der Republik Columbia leben mehr Leprakranke als in allen anderen Ländern der Welt zusammen. Nach Schätzung des Arztes Putnam 27 250. Im Departement Santander betrug ihre Zahl im Jahre 1888 1500, 1889 5000—6000, jetzt ca. 10 000. Die Krankheit ist in Gebieten aufgetreten, welche früher nicht ergriffen waren. Die zur Zeit bestehenden zwei Leprahäuser bilden eine große Gefahr für die Weiterverbreitung der Krankheit. Es leben dort mehr Gesunde als Kranke. Teils Verwandte, welche die Kranken pflegen, teils Geschäftsleute, welche die Kranken ausbeuten. Jeder kann nach Belieben in die Häuser eintreten und dort verweilen. *H. Einhorn-München.*

Vorhandensein des Hansenschen Bacillus in gewissen Absonderungen der Leprösen, von Gravagna. (Nach *Annales des malad. des org. gén.-ur.* No. 3. 1897.) Der Lepra-Bacillus ist schon seit lange in der Wangenschleimheit, in der Leber, Milz, im Hoden der Leprakranken gefunden worden. Der Verfasser fand ihn nun auch an der Oberfläche von frischen Absonderungen der Leprösen, niemals aber im Schweiß und ebenso wenig im Samen. *Neuhaus-München.*

Ein ungewöhnlicher Leprafall, von Pellizzari. (*Settim. med. d. Sperimentale,* No. 24. 1897.) Es handelt sich um eine 57jährige Prostituierte, welche mit 10 Jahren bereits menstruierte und mit 13½ Jahren zum ersten Mal gebar und sich von da an der Prostitution ergab; Syphilis. Neben Tätowierungen und Brandwunden am Oberarm trug die Patientin in der rechten Ellenbeuge eine rundliche Plaque, die sich zu zwei Drittel von der Umgebung nur durch eine Abnahme des Pigments und einen erhöhten Glanz unterschied, während das andere Drittel aus einer halbkreisförmigen gelb-rosaroten Partie mit einem etwas erhabenen, chagrinierten und intensiv gelbbraun pigmentierten Streifen besteht. Mit der pigmentlosen Partie der Plaque stand eine circa 8 mm lange, dem Verlaufe der Cephalica entsprechende und von einem Aderlaß in früheren Jahren herrührende Narbe in Verbindung. Auf der ganzen Stelle war die Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit abgeschwächt. Die mikroskopische Untersuchung ergab außerdem das Vorhandensein zahlreicher Leprabacillen. Andere verdächtige Stellen vermochte P. auf dem ganzen Körper der Patientin keine nachzuweisen, ebensowenig Zeichen von Hysterie, dagegen bestanden psychopathische

Stigmata. Die Patientin war niemals aufser Landes gewesen, wohl aber in Gegenden Italiens, wo leichtere Fälle von Lepra schon öfter konstatiert worden waren (Livorno). Die Patientin konnte sich nicht erinnern, an der erkrankten Stelle jemals gebissen oder sonstwie verletzt worden zu sein. P. neigt deshalb zur Annahme, dafs es sich um eine lokale sehr langsam verlaufende und auf eine Infektion beim Aderlafs (die Patientin hielt sich damals noch an ihrem Geburtsorte Livorno auf und war 9 Jahre alt) zurückzuführende Lepra handle. *C. Müller-Genf.*

Lepra und Syringomyelie. Differentialdiagnostische Bemerkungen von M. Laehr. (*Berl. klin. Wochenschr* 1897. No. 3.) Es ist das Verdienst Zambaco Paschas, darauf hingewiesen zu haben, dafs die Lepra nervosa gar leicht mit Syringomyelie und Maladie de Morvan verwechselt werden kann und auch oft verwechselt worden ist. Allerdings geht er zu weit, wenn er die selbständige Existenz der beiden letztgenannten Krankheiten ganz in Abrede stellt. Die Unterschiede der Lepra nervosa, einer Erkrankung der peripheren Nerven, und der Syringomyelie, einer Erkrankung des centralen Nervensystems, sind klinisch etwa folgende: Es fehlen bei der Syringomeylie meistens alle Prodromalerscheinungen, besonders Fieber, während die Prodrome der Lepra nervosa oft Allgemeinerscheinungen und fieberhafte Zustände bedingen. Nicht beweisend für Syringomyelie ist das Fehlen des Leprabacillus, da dessen Nachweis bei der Lepra nervosa oft schwer oder garnicht gelingt. Die Lokalisation der Erscheinungen ist bei Lepra und Syringomyelie eine sehr verschiedene. Die ersten Lepraäufserungen zeigen ein regelloses Auftreten; Rumpf, Gesicht, Extremitäten sind ergriffen, vornehmlich auch die unteren. Die Syringomyelie aber ausgehend von umschriebenen Teilen des Rückenmarks, meistens vom dorso-cervikalen Segment, ergreift meistens zuerst die Arme, sehr spät erst die Beine. Wo ausnahmsweise letztere zuerst befallen sind, findet erst nach langer Zeit eine Ausbreitung auf die Arme statt. Das Gesicht wird gar nicht oder erst sehr spät affiziert. — Cilien- und Haarausfall sprechen für Lepra. Sehr ins Gewicht fallen für letztere die verschiedenen, multiplen, pigmentierten oder pigmentlosen, anfangs hyperästhetischen, später anästhetischen Hautflecken und die eigentümliche, blaurötliche, netzförmige Zeichnung der Haut, besonders in der Glutäalgegend, welche durch Temperaturveränderung und Friktionen deutlicher hervortritt. — Die Gelenkschwellungen bei Lepra treten meist akut auf und führen wie die Arthropathien bei Syringomyelie zu schweren Deformitäten; sie sind aber meistens sehr schmerzhaft, während die syringomyelitischen gleich den tabischen schmerzlos sind. — Die ulcerösen Zerstörungen der Endphalangen und die spontanen Knochenatrophien sind meist bei der Lepra viel ausgedehnter. — Die den leprös erkrankten Teilen eigene Anhidrosis wird bei der Syringomyelie vermifst; oft besteht hier sogar Hyperhidrosis. — Die Art der Muskelatrophie ist bei beiden Leiden im ganzen die gleiche. Fibrilläres Muskelzittern spricht für ein centrales Leiden, ebenso eine wenig veränderte Zuckungsform. Von Wichtigkeit sind aber folgende Momente: Die lepröse Muskelatrophie fällt stets in das Bereich der Anästhesie, die syringomyelitische zeigt oft einen gekreuzten Typus. Die lepröse Atrophie erscheint schon früh im Facialisgebiet, besonders im Orbicularis oculi, bedingt Epiphora, Ulcerationen am Auge etc. Wo bei der Syringomyelie der Facialis ergriffen ist, ist die Affektion eine doppelseitige, betrifft nur die unteren Zweige und ist mit Bulbärlähmung, Schluck- und Sprachstörung verbunden. Wo letztere Störungen bei Lepra bestehen, sind sie durch lokale Zerstörungen in Mund- und Rachenhöhle bedingt. Von Augenaffektionen sieht man bei der Syringomyelie nur eine Verengerung der Lidspalte und Pupille — oft einseitig — als Ausdruck einer Sympathicuslähmung und centrale Augenmuskellähmungen, in erster Reihe an den Recti interni. — Bemerkenswerte Differenzen zeigen auch die Sensibilitätsstörungen. Die Angabe, dafs bei Lepra auch

die taktile Hautempfindung gestört ist, stimmt nicht immer, da hier ebenso wie bei der Syringomyelie eine dissociierte Anästhesie bestehen kann. Von Wichtigkeit aber ist die regellose Ausbreitung der Anästhesie bei der Lepra, oft in Form anästhetischer Plaques, an den Extremitäten häufig handschuh- resp. strumpfähnlich, senkrecht zur Gliedachse abschneidend, ähnlich mancher hysterischen Anästhesie. Selten ist das ganze Gebiet eines Nerven ergriffen. Anders bei der Syringomyelie. Hier findet man am Rumpf gürtelförmige anästhetische Zonen, an den Extremitäten streifenförmige, segmentale Sensibilitätsstörungen, entsprechend der Erkrankung bestimmter Rückenmarkssegmente. Wo bei Lepra die Affektion bis zum Rückenmark vorgedrungen ist, ein sehr seltenes Ereignis, da fällt natürlich dieser Unterschied fort. — Zu diesen Differenzen kommt noch das häufige Vorhandensein der Kyphoscoliose bei der Syringomyelie, die etwaigen Störungen der Blase und des Mastdarms, die spastischen Erscheinungen an den Beinen bei cervico-dorsalem Sitz. Bei der Lepra sind die Reflexe normal oder abgeschwächt. Wichtig sind die bei der Lepra nervosa oft schon früh vorhandenen Verdickungen der Nerven, besonders des ulnaris und peroneus, die im Beginne auch auf Druck sehr schmerzhaft sind, ferner die Lymphdrüsenschwellungen. — Bei Berücksichtigung aller dieser Punkte wird meistens auch die klinische Betrachtung die Lepra, als eine multiple Affektion der peripheren Nerven, von der Syringomyelie, einer umschriebenen, centralen Rückenmarkserkrankung, abgrenzen lassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das neue Isländische Gesetz zur Einschränkung der Lepra. (*Dtsch. med. Wochenschr.* No. 49. 1896.) Darnach sollen Lepröse, welche Armenunterstützung erhalten, abgesondert werden; solche, welche keine Unterstützung erhalten, können auf Anordnung des Arztes oder Amtmanns ebenfalls separiert werden, wenn sie die ärztlichen Vorschriften nicht befolgen, oder wenn durch die Schwere der Erkrankung eine besondere Infektionsgefahr bedingt wird. Die von Aussätzigen benutzten Gegenstände oder Wohnräume dürfen nicht ohne gründliche Desinfektion von anderen benutzt werden. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Unterbringung der Leprösen, von Blaschko. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 39.) Verfasser plaidiert für den Plan der Regierung, das neue Leprosorium nicht in Königsberg, sondern irgendwo auf dem Lande anzulegen, wo die Leute arbeiten können und ihren Angehörigen nahe sind. *F. Hahn-Bremen.*

Airol bei Lepra hat Domenico Fornara angewendet (*Prag. med. Wochenschr.* 1897. No. 7.) In einer vorläufigen Mitteilung berichtet er ausgezeichnete Erfolge von der Einreibung einer Airolsalbe (5 : 45) und der Injektion von Airolinjektionen (Airol 5, Glycerin 35, Aq. 10). Die Salbe pinselte er auf die ergriffenen Augäpfel, auf einen geöffneten periostalen Abscefs streute er Airolpulver. In zwei Monaten schwanden die kleinen Knoten, die grofsen gingen zurück; flächenhafte Herde verwandelten sich in eine Pustel (Abscess? d. Ref.). Die Geschwüre heilten, die Conjunktiva wurde normal; die ausgefallenen Haare wuchsen wieder, die Sensibilität kehrte zurück. Die Lebenslust ist wieder erwacht. — Ein grauer Saum am Zahnfleischrande ist wahrscheinlich durch Wismut bedingt. — (Hoffentlich handelt es sich nicht um eine der so häufigen spontanen Remissionen. D. Ref.). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b. *Tuberkulose.*

Über Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox), Acne teleangiectodes (Kaposi), von E. Finger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 8.) Tilbury Fox beschrieb im Gegensatz zu den französischen Autoren, die unter Lupus acnéique, Adenoma

lupiforme Fälle von disseminiertem Lupus erythematodes verstanden, unter dem Namen Lupus follicularis disseminatus drei eigentümliche Fälle von Lupus vulgaris. Im Gesichte dieser Kranken fanden sich zahlreiche, den Follikeln entsprechende braunrote schmerzlose Knötchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröfse, die an der Spitze zum Teil ein minimales Eiterpünktchen tragen, wodurch eine Ähnlichkeit mit Akne entsteht. Es fehlt aber jede entzündliche Reaktion, jede Schmerzhaftigkeit. Die Knötchen sind weich, persistieren lange, wachsen langsam, sind nur durch Caustica zu beseitigen. Bei einer Kranken konfluierten die Knötchen und zeigten eine schuppende, etwas eingesunkene Oberfläche. — Das erwähnte Eiterpünktchen auf denselben ist nur scheinbar ein solches, in Wahrheit besteht es aus einer Ansammlung trockner Epidermiszellen, ist ein Milium. Alle drei Kranken stammen aus phthisischen Familien und hatten vorher an Akne gelitten. — Das Mikroskop ergiebt eine lupöse Infiltration um die Talgdrüsen. Hutchinson beschrieb eine „Acne luposa", v. Dühring einen „Aknelupus" oder „Lupus miliaris" etc. Verfasser giebt die bezügliche Litteratur wieder; es geht daraus hervor, dafs das in Rede stehende Leiden selten ist und in der Pubertät entsteht. Der Wiener Schule ist die Kenntnis desselben ganz fremd. Kaposi beschreibt zwei Fälle von Acne teleangiectodes, die hierher zu gehören scheinen; einen ähnlichen sah Jadassohn, der, wie das Tierexperiment ergab, auch ein Lupus war. — Verfasser fügt nun eine Beschreibung von zwei Fällen an: 1. Eine 30jährige gravide Frau zeigt an der Stirn eine Reihe von braunroten, mit dünnen Schuppen bedeckten, umschriebenen, weichen, verschieden grofsen Knoten. Die jüngsten sind derber, spitz, zeigen central eine klaffende Follikelmündung. 2. Eine 17jährige Patientin zeigt im Gesicht zahlreiche, ganz ähnliche Knoten wie der vorige Fall, die zum Teil eine Epithelperle eines Milium auf der Oberfläche haben, die wie ein Eiterpünktchen erscheint. Die Knoten lassen sich wie gelatinöses Gewebe in toto mit dem scharfen Löffel herausheben, es bleibt ein stark blutender Substanzverlust zurück. Auf Tuberkulin tritt eine allgemeine und lokale Reaktion ein. Trotz der Ausschabung tritt peripher ein neuer Kranz von Knoten auf und dieses wiederholt sich, bis zum Paquelin gegriffen wurde. Einzelne Knötchen kamen aber auch dann noch hinzu. An den Ohren, die unbehandelt gelassen waren, zeigte sich im Laufe von 1½ Jahren eine teilweise, spontane Involution. — Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Infiltration um Haarbalg und Talgdrüse, die sich aus rundlichen Nestern zusammensetzt. In diesen findet man epitheloide Rundzellen und Riesenzellen. Central in ihnen sieht man eine Andeutung von Verkäsung. Verfasser konnte unter 50 Präparaten zweimal Tuberkelbacillen nachweisen. Die Impfung fiel negativ aus, war aber wohl mit ungenügendem Material ausgeführt. — Bei der Vorstellung des Falles in der Wiener dermatologischen Gesellschaft wurde derselbe von Kaposi als Acne teleangiectodes, von Neumann als Lupus vulgaris aufgefafst. Das Aufspriefsen eines Kranzes neuer Knoten um ausgeschabte ältere hat Kaposi bei einem Falle von Acne teleangiectodes auch beobachtet. — Verfasser steht jetzt auf Grund der Litteraturkenntnis nicht an, seine Fälle als Lupus vulgaris follicularis disseminatus anzusehen und auch Kaposis Acne teleangiectodes darunter zu subsumieren. (Ich möchte den Verfasser auf einen in mancher Beziehung ähnlichen Fall von mir hinweisen, der als „Tuberculosis cutanea framboesioides disseminata" im *Intern. Atlas selt. Hautkrankh.* Heft XIII veröffentlicht ist. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ergebnisse der Lupusbehandlung, von Eduard Lang. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 19.) Seit fünf Jahren übt Verfasser die operative Behandlung des Lupus vulgaris; 45 Patienten sind derselben unterzogen. Diese Arbeit bringt eine Übersicht über die Resultate. — Dafs der Lupus eine Form der Hauttuberkulose ist, unterliegt

keinem Zweifel. Ihr Verhältnis zur Tuberkulose überhaupt ist noch nicht sicher festgestellt. Unter 63 Fällen ergab die Anamnese 21 mal Lungenphthise in der Familie, 4 mal Scrophulose bei den Geschwistern. Unter den 27 Kranken ohne hereditäre Anhaltspunkte befanden sich viele, die selbst Tuberkulose, Scrophulose, langwierige Knocheneiterungen überstanden hatten oder noch darboten. In wenigen Fällen wurde die Entwickelung des Lupus mit Sicherheit auf geringfügige Verletzungen zurückgeführt. — Der tuberkulöse Charakter des Lupus erheischt eine gründliche Behandlung, wenn auch eine spontane Heilung mitunter vorkommt. — Radikale Heilung wird durch alle empfohlenen Heilmittel und Heilverfahren nur selten erzielt, wie Verfasser des weiteren ausführt. Dazu eignet sich nur die totale Exstirpation mit folgender Thierschscher Transplantation, welche natürlich um so bessere Resultate liefert, je früher man sie ausführt. Genaue Abgrenzung in der Peripherie und in der Tiefe ist notwendig. Dreimal mufste Verfasser die Parotis verletzen, Drüsenläppchen mitnehmen; die zweimal zurückgebliebenen Speichelfisteln schlossen sich spontan nach wenigen Tagen. Alle Methoden der Plastik müssen zur Hülfe genommen werden. — Von 23 Fällen blieben recidivfrei: 3 Fälle ½, 3 Fälle ¾, 2 Fälle 1 Jahr, 1 Fall 1¼, 2 Fälle 1½, 1 Fall 1¾, 1 Fall 2, 2 Fälle 2¾, 1 Fall 3, 1 Fall 4½ Jahre. Fünf von den 23 Fällen recidivierten. — Es folgen 15 Krankengeschichten von Patienten, die dem Wiener medizinischen Doktorkollegium vorgestellt sind. Verfasser schliefst aus seinen Ausführungen, dafs es ein arger Kunstfehler ist, beim Lupus mit den alten Verfahrungsweisen lange therapeutische Versuche zu machen und die Chancen für die so günstige operative Behandlung zu verschlechtern. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Lupus vulgaris durch Elektrolyse, von A. Ravogli. (*Journ. of the amer. med. Assoc.* 5. Dezember 1896.) Die Behandlung des Lupus vulgaris darf keine schablonenhafte sein; die verschiedenen Methoden müssen häufig kombiniert werden. Die Elektrolyse, deren Technik in gewohnter Weise geschildert wird, giebt gute Resultate. Bei grofsen Ulcerationen ist die Curette vorzuziehen. Bei kleinen und vereinzelt tief in der Haut sitzenden Lupusknoten ist die lineäre oder punktförmige Scarifikation indiziert. Schwellung infolge Konfluenz mehrerer Lupusknötchen wird durch Applikation der elektrischen Nadel in wenigen Stunden beseitigt. Die Patienten erhalten innerlich: Ol. jecor. asell. und Syr. ferr. jodat., lokal: Acid. salicyl 1,2, Kreosot. gtt. XXX, Vaselin. 30,0. Aufserdem wird jedes Tuberkelknötchen elektrolytisch behandelt. Nach Abstofsung des nekrotischen Gewebes und beginnender Granulation Touchierung der affizierten Stellen mit 5%iger Argentumlösung, alle 2 Tage. *H. Einhorn-München.*

Thyroidextrakt bei Lupus, von J. Barclay. (*The Brit. med. Journ.* 24. Oktober 1896.) Der Verfasser beschreibt vier Fälle von Lupus, die unter der Behandlung mit Thyroidtabletten zuerst in geringeren, dann in stärkeren Dosen geheilt und ohne Recidiv geblieben sind. Von Interesse ist hierbei auch die Mitteilung, dafs die lokale Reaktion, welche auf die Thyroidgaben folgte, derjenigen sehr ähnlich ist, welche man nach Tuberkulininjektionen zu beobachten pflegt, nur mit dem Unterschiede, dafs die Thyroidreaktion sowohl lokal wie allgemein weniger heftig ist, und dafs die guten Wirkungen hier vollständiger und nachhaltiger sind als bei der Tuberkulinbehandlung. *C. Berliner-Aachen.*

Über Tuberkulin beim Lupus, von Campana. (*Il Policlinico.* No. 2. 1897.) Auf Grund von Untersuchungen an circa 20 Patienten kommt Verfasser zu dem Resultate, dafs die stufenweise Anwendung des Tuberkulins niemals schädlich wirkt.

Es vermag vielmehr nach längerer Zeit die entzündlichen lupösen oder tuberkulösen Infiltrate zur Auflösung zu bringen. Nach längerer Anwendung gewöhnt sich der Organismus an die Wirkung des Tuberkulins. Vor der Anwendung des Tuberkulins müssen zuerst die septischen Erscheinungen bekämpft werden. Gegen ausgebreitete Läsionen mit vorgeschrittener Verkürzung ist das Tuberkulin machtlos. Zur Vermeidung von Recidiven mufs man neben dem Tuberkulin auch noch die Zerstörung der Lupusknötchen mit dem Thermokauter bei ihrem ersten Erscheinen in Anwendung bringen. Jedenfalls ist die Wirkung des Tuberkulins in Verbindung mit energischen chirurgischen Eingriffen bei tiefgreifenden tuberkulösen Prozessen der Haut derjenigen des Jods und Arseniks überlegen. *C. Müller-Genf.*

In seinen Untersuchungen **über die Möglichkeit einer spontanen Heilung der experimentellen Lokaltuberkulose beim Kaninchen** gelangte Palamidessi zu dem Resultate, dafs eine solche bei Tieren mittlerer Empfänglichkeit nicht stattfindet. Wenn auch der lokale Prozefs (Ohr etc.) abgeheilt zu sein scheint, treten sekundäre spezifische Infektionen, besonders der Lungen auf und das Tier geht über kurz oder lang zu Grunde. Während nun diese sekundäre Tuberkulose an Lungen etc. beim Meerschweinchen auf dem Lymphwege stattfindet, bleiben beim Kaninchen die Lymphgefäfse und -drüsen frei. Lebensfähige Tuberkelbacillen fanden sich an der Inokulationsstelle noch 20 Monate nach dem Experimente vor. Durchschneidung des Ischiadicus vor der Inokulation schien ein frühzeitiges Eintreten des Exitus zu bewirken. (*Il Morgagni.* No. 12. 1896.) *C. Müller-Wallisellen.*

Heilung eines intranasalen Lupus durch Guajakolvasogen, von Bergeat. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 52. 1896.) Im September 1895 kam eine 40jährige Frau, die wegen Lupus vulgaris der ganzen äufseren Nase und der anstofsenden Wangenpartien schon mehrfach von Dermatologen behandelt worden war, in die Behandlung des Verfassers. Derselbe traf den Lupus an der Innenseite der äufseren Nase und in der Nasenhöhle, und zwar fanden sich die an der Umbiegung der Cartilagines alares gelegenen Gruben und eine Stelle am Septum nasale in ulcerösem bezw. granulösem Zustande, ferner war die rechte mittlere Muschel in ein borkenbelegtes körniges Polster von gröfserem Umfange verwandelt, so dafs der mittlere Nasengang und der Zugang zur Riechspalte verlegt waren. Wegen des bestehenden Spitzenkatarrhs und der Anämie wollte der Verfasser nicht curettieren, kam deshalb schliefslich darauf, 10%iges Guajakolvasogen zu versuchen und zwar folgenderweise:

Mit dem Medikamente getränkte Wattepfröpfe wurden an der mittleren Muschel in ihrer ganzen Länge, sowie nach Möglichkeit zwischen derselben und dem Septum, ferner in der vordersten Nasengrube und auf dem Geschwüre am Septum angebracht. Die Pfröpfe wurden erst vor der Schlafenszeit entfernt. Schmerzhaftes Gefühl tritt ein, 1—3 Stunden lang, doch ist Kokain entbehrlich. Bergeat konnte nun konstatieren, dafs im Laufe von 1—1½ Monaten sämtliche Affektionen der inneren Nase, bei meist zweitägiger Anwendung des Mittels vollkommen ausheilten. Nach einigen Monaten kam es zu einem wenig ausgebreiteten Recidiv, das aber unter dem Guajakolvasogengebrauch prompt wieder ausheilte. Seit acht Monaten ist an den inneren Nasenpartien der Lupus nicht mehr aufgetreten. — Sowohl vor als während der Anwendung des Guajakols wurden Airoleinblasungen in die Nase gemacht und innerlich Kreosot genommen. Keinesfalls ist diesen Mitteln der schliefsliche Erfolg zu danken. — Der Lupus der äufseren Haut ist nicht ohne Vorteil ebenfalls mit Guajakol behandelt worden. *Neuhaus-München.*

Chirurgische Rhinoplastik nach Lupus, von L. Finny. (*The Brit. med. Journ.* 5. Dezember 1896.) Die 36jährige Patientin, deren Eltern an Phthisis gestorben

waren, hatte im Alter von 20 Jahren Lupus, der ihre Nase und Oberlippe zerstörte. Der Verfasser nahm die Rhinoplastik vor und erzielte, wie aus den Illustrationen ersichtlich ist, ein vorzügliches Resultat. *C. Berliner-Aachen.*

c. *Syphilis.*

Der Primäraffekt der Syphilis, von A. H. Ward. (*The Brit. med. Journ.* 24. Oktober 1896.) Der Verfasser, der als Arzt im Londoner Lock Hospital reiche Erfahrungen auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten, insbesondere der Syphilis besitzt, bespricht zunächst die Mikrobien- resp. Toxintheorie der Syphilis, beschreibt das klinische Bild des Primäraffekts, in dessen Entwickelung er 4 Stadien unterscheidet: 1. die indurierte Partie oder Papel; 2. das frühzeitig auftretende Initialgeschwür mit den scharfgeschnittenen Wänden und dem wurmzerfressenen Geschwürsboden; 3. das voll entwickelte Geschwür mit verdickten Wänden und glattem Boden; 4. die indurierte Narbe. Diese einzelnen Phasen werden ausführlich beschrieben; sodann zieht der Verfasser die Differentialdiagnose und die Therapie des Primäraffekts in den Bereich seiner Betrachtungen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Multiplizität des syphilitischen Primäraffektes, von Arnold Sack. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 20.) Der vielfach verbreiteten Annahme, dafs die Multiplizität ein Charakteristikum des Ulcus molle ist, tritt Verfasser in dieser Mitteilung entgegen. Auch der Primäraffekt tritt oft multipel auf. Nach der bisherigen Statistik von Ricord, Fournier und Clerc verhält sich die Zahl der einfachen Primäraffekte zu der der multiplen wie 7 : 2. Die doppelten machen etwa 70% der multiplen und 18,8 aller Sklerosen überhaupt aus, die dreifachen sind schon sehr selten, die noch zahlreicheren nur exceptionell zu finden. — Ricord und Fournier sahen einen Patienten mit 19, Mauriac mit 16 Sklerosen. Verfasser teilt nun einen Fall mit, in dem 15 typische Sklerosen vorhanden waren. Die Bedingungen für die Multiplizität waren durch vorhandene scabiöse Excoriationen am Penis und Scrotum gegeben. Die ersten Sklerosen entstanden drei Wochen nach der Infektion, die letzten erst sechs Wochen danach. Es ist eine gleichzeitige Infektion also nicht gut anzunehmen; vielmehr mufs eine nachträgliche Verschleppung des Virus stattgefunden haben, d. h. eine Autoinokulation zu einer Zeit, in der der Organismus noch nicht durchseucht war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Initialsklerose am oberen Augenlide, von Fuchs. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 17. 1897.) Der genau beschriebene und durch 2 Bilder illustrierte Fall betrifft einen 29jährigen Schlosser. Es fand sich auf der stark geröteten und diffus geschwollenen Conjunctiva palpebrarum des rechten Oberlides ein schmutzig aussehendes, ½ Pfennig grofses, grau belegtes Geschwür mit harter Infiltration seines Randes, die geschwürige Stelle bei Druck wenig schmerzhaft. Das Lid mäfsig ödematös. Conjunctiva bulbi rechts ziemlich injiciert, aufserdem leichte Conjunctivitis catarrhalis beiderseits. Vor dem rechten Ohre eine etwa haselnufsgrofse und unter dem Ohre am Unterkiefermuskel eine etwas gröfsere angeschwollene Lymphdrüse. Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen ergab negativen Befund. Die Diagnose syphilitischer Primäraffekt wurde so eine ganz sichere. Der Verlauf bestätigte dieselbe. Die Infektion erfolgte offenbar dadurch, dafs der Patient ein syphilitisches Kind mit grauer Salbe einrieb und syphilitisches Gift in eine kleine lädierte Stelle der Bindehaut hinein brachte. *Neuhaus-München.*

In der Sitzung vom 26. Februar 1897 der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien demonstriert Rille zwei Fälle von **extragenitalem syphilitischem Primäraffekt** aus der Klinik Neumanns. Der erste ist bemerkenswert wegen der abnorm seltenen

Lokalisation an der **behaarten Kopfhaut.** Zwei Finger breit von der Stirnhaargrenze entfernt findet sich ein flach vortretender, kreuzergroſser, scharf umschriebener, ulcerierter Knoten mit schmalem, rotbraun glänzendem Rande und centralem, festanhaftendem Belage. Die Konsistenz des Geschwüres, das seit sieben Wochen bestehen soll, ist eine mäſsig derbe. Die rechtsseitige Präaurikulardrüse über haselnuſsgroſs, vollkommen verschiebbar, etwas druckempfindlich, die Drüsen am rechten Unterkieferwinkel multipel geschwollen, über taubeneigroſs, stark prominent. Die entsprechenden Drüsen linkerseits in weniger erheblichem Grade vergröſsert, desgleichen die Drüsen am hinteren Kopfnickerrande bis haselnuſsgroſs, ebenso die Mastoidealdrüsen, welche mit den Drüsen am Unterkieferwinkel ein einziges Konvolut bilden; — maculopapulöses Syphilid. — Es ist nicht unwahrscheinlich, daſs die infektiöse Materie auf eine früher an Stelle des Schankergeschwüres vorhandene Folliculitis oder Aknepustel gelangte, da sich bei der vor zehn Tagen erfolgten Spitalsaufnahme im Centrum des Knotens eine stecknadelkopfgroſse Perforationsöffnung nachweisen lieſs, durch welche die Sonde in eine fast haselnuſsgroſse Höhle eindrang.

Der zweite Fall beansprucht das Interesse wegen des **gleichzeitigen Vorhandenseins eines genitalen und extragenitalen Primäraffektes an einem und demselben Individuum.** In der Kinnfurche links von der Medianlinie fast guldenstückgroſser, 1—2 mm hoch elevierter, scharf umschriebener, ulcerierter Knoten mit rotbraun gefärbter derber Basis, welche seropurulente, zu fest anhaftenden Borken vertrocknende Flüssigkeit absondert. Die Drüsen am Unterkieferwinkel haselnuſs- und wallnuſsgroſs, auch am Zungenbein eine geschwollene Lymphdrüse. Die genitale Sklerose befindet sich am inneren Präputialblatte. Seit wenigen Tagen maculopapulöses Syphilid. Für die Gleichzeitigkeit der Infektion spricht die schon vor 14 Tagen zur Zeit der Spitalsaufnahme vorhanden gewesene voll ausgebildete Lymphdrüsenschwellung, sowohl am Halse wie in der Leiste. — Die Initialsklerose am Kinn ist eine der häufigsten Lokalisationsstellen. Unter etwa 50 Fällen von extragenitalen Sklerosen, welche Rille während der letzten fünf Jahre auf der Klinik Neumanns beobachtet hat, ist dies der vierte Fall. Am häufigsten im Bereiche des Kopfes ist die Sklerose an der Ober- oder Unterlippe, demnächst an der Tonsille, recht selten an der Zunge, im Gegensatz zu den Erfahrungen Fourniers, welcher die Frequenz der Zungensklerosen in Paris an zweiter Stelle gleich nach den Lippensklerosen rangiert, während nach v. Dürings Mitteilung in Konstantinopel die Sklerosen an der Analöffnung und im Rectum (bei männlichen Individuen) überwiegen; letzterer fand unter 42 Fällen von Extragenitalschanker nicht weniger als 31 in der Umgebung des Afters. — Die Sklerose am Kinn findet sich 3½ mal häufiger beim männlichen Geschlechte. Der demonstrierte Fall mit seiner genitalen Sklerose weist auf eine sexuelle Provenienz hin, wenn auch zugegeben werden muſs, daſs durch die Rasur und die durch sie gesetzten kleinen Läsionen ein sehr wesentliches Gelegenheitsmoment für eine luetische Infektion gegeben ist. — Zum Schlusse demonstriert der Vortragende noch eine Reihe von Abbildungen und Moulagen extragenitaler Sklerosen, darunter zwei mit der nicht häufigen Lokalisation am Zahnfleisch und einen Fall von faustgroſser hypertrophischer Sklerose am Kinn (Chancre giant), ähnlich den Knoten bei Sycosis parasitaria, wie solche schon früher von Fournier und dessen Schüler Zweifel beschrieben worden. — In der Diskussion erwähnt Bergmeister einen Fall eines luetischen Primäraffektes am oberen Augenlide einer Masseuse; es bestand eine Blepharitis. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 9.) *H. Einhorn-München.*

Syphiliscontagium, von M. v. Zeissl. (*Realencyklop. d. ges. Heilkde.* Encyklopädische Jahrbücher VI. 3. Auflage. Urban u. Schwarzenberg. Wien und Leipzig.) Verfasser setzt in Kürze auseinander, welche Vorstellungen man sich auf Grund

klinischer Wahrnehmungen über die Natur des Syphilisgiftes jetzt macht. — Dafs es sich um ein Contagium vivum handelt, darüber sind alle einig; sie gehen nur in ihren Anschauungen darüber auseinander, in wieweit die Haut- und Schleimhauterscheinungen durch den Mikroorganismus oder dessen Toxine bedingt sind. — Verfasser will von den Allgemeinerscheinungen bei Ausbruch der Sekundärerscheinungen besonders die Kopfschmerzen erklären durch die Eruption eines Syphilides auf der Pia, als Analogon des papulösen Syphilides der Iris, welches kleinpapulöse Syphilide so gerne begleitet. In ähnlicher Weise schliefst Verfasser aus den Beobachtungen beim Typhusexanthem, dafs alle sonstigen Syphilide von erythematösem, papulösem, gummösem Typus wahrscheinlich direkte Produkte des Syphiliserregers sind. — Für die Entstehung der pustulösen Syphilide ist das Hinzutreten von Eitererregern weniger wichtig als die schlechte Ernährung des Kranken, welche Gefäfsveränderungen in der durch luetische Efflorescenzen veränderten Haut bedingt. Die Annahme von Finger, Düring etc., dafs die tertiären Syphiliserscheinungen durch Toxine hervorgerufen sind, scheint dem Verfasser weder klinisch noch pathologisch-anatomisch berechtigt. Anatomisch sprechen die Ähnlichkeit des Baues des Primäraffektes, der syphilitischen Papel, des Gumma, ferner die naheliegende Parallele, welche mit dem Granulationsgewebe bei Tuberkulose und Lepra gezogen werden kann, gegen die Entstehung der Gummata durch Toxine und auch gegen die absolute Unübertragbarkeit der Spätprodukte. Es kommen noch als Gründe hinzu das oft beobachtete gleichzeitige Vorkommen von papulösem und gummösem Syphilid, sowie das auch vorkommende Hervortreten von Spätformen vor den Sekundärformen. Die Angabe, dafs bei Individuen mit gummösen Prozessen eine Reinfektion beobachtet ist, ist einfach unrichtig. Dafs eine Vererbung in gummösem Stadium möglich ist, unterliegt auch keinem Zweifel. Die angebliche gröfsere Wirksamkeit des Jod bei gummösen Prozessen ist klinisch durchaus nicht festgestellt. Wo man dieselben, weil sie gefahrdrohend sind, schnell beseitigen will, greift man stets zum Quecksilber. — Was die Übertragbarkeit betrifft, so gilt da der Satz von Leloir und M. Zeissl, dafs nicht die Form des Syphilisprodukts entscheidend ist, sondern allein die Zeit, die seit der Infektion verflossen. — Betreffs der Art der Vererbung der Syphilis führt der Verfasser folgendes aus: 1. Ist der Mann zur Zeit der Zeugung syphilitisch erkrankt, so wird das Kind meistens hereditär inficiert. Ausnahmsfälle kommen vor. Die graviden Mütter sind meistens immunisiert resp. infiziert, sofern sie nicht bei der Zeugung infiziert waren; in vier Fällen ist aber doch eine Infektion durch das saugende Kind gesehen worden. Es können Frauen auch infiziert werden durch das Sperma ohne Schwängerung und ohne Primäraffekt. 2. Eine zur Zeit der Zeugung luetische Mutter überträgt die Syphilis auf ihr Kind. 3. Die Übertragung der Syphilis auf das Kind ist am wahrscheinlichsten, wenn beide Eltern an recenter Syphilis leiden. 4. Ist die Syphilis bei Vater und Mutter oder bei beiden latent, dann können auf luetische Kinder gesunde folgen oder auch luetische und gesunde mit einander abwechseln. Verfasser nimmt zur Erklärung die Bildung von Dauersporen hypothetisch an. 5. Sind die Eltern bei der Zeugung gesund und wird die Mutter in der Gravidität infiziert, so kann das Syphilisgift die Placenta passieren und das Kind infizieren. 6. Die Mutter eines hereditär-luetischen Kindes ist immunisiert. (Schon unter 1. vom Verfasser besprochen und zwar wurde dort die Möglichkeit einer Infektion an Stelle der Immunisierung erörtert und zugegeben. D. Ref.) 7. Kinder syphilitischer Eltern sind, trotzdem sie gesund geblieben, immun gegen Syphilis (Profetasches Gesetz).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über eigentümliche, spezifisch färbbare Gebilde in syphilitischen Produkten, von Ferdinand Winkler. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 17.) Verfasser

fand im Ehrmannschen Laboratorium bei der Untersuchung von Sperma eines luetischen Individuums eigentümliche kugelige Gebilde. Er fahndete nun in anderen luetischen Produkten auf dieselben und fand sie auch in Primärsklerosen, Kondylomen, luetischen Lymphdrüsen, und zwar sowohl im Deckglaspräparat wie auf Schnitten. Die Gewebe wurden in den verschiedensten Flüssigkeiten gehärtet, nur osmiumsäurehaltige eigneten sich nicht. Die Färbung wurde durch Thionin, gelöst in konzentrierter Karbolsäure, bewirkt; von der Lösung wurden unmittelbar vor der Anwendung einige Tropfen in Wasser gebracht. Zur Entfärbung und und Differenzierung diente reines Formalin. Die genannten Gebilden erscheinen als dunkelrotviolette Kugeln, die etwa ein Drittel der Größe eines weißen Blutkörperchens betragen. Sie liegen einzeln, zuweilen zu zweien. Sie zeigen zwei Haupttypen. Der erstere färbt sich gleichmäßiger, der zweite läßt einen hellen Fleck im Innern erkennen; ersterer Typus ist zumeist im Deckglaspräparat vorhanden. Im Schnitt findet man beide Arten und zwar die im ganzen färbbaren im Gewebe selbst, die anderen besonders in Lymphspalten, weniger in den Blutwegen. Die kugelige Form, die fehlende Körnung unterscheidet diese Gebilde von den Mastzellen. Auch von Lymphocyten und roten Blutkörperchen sind sie leicht abzugrenzen. — Kernähnliche Bildungen sind in den Kugeln nicht sichtbar. — Verfasser bespricht die Bedeutung dieser Gebilde mit ziemlicher Reserve. Gegen die Auffassung, daß es sich um das spezifische Virus handelt, spricht, daß sie in Gewebsschnitten nicht immer in der Nähe der Infiltrate zu finden sind, was sich aber auch anders erklären ließe. Der helle Fleck im Innern eines Teiles der Kugeln läßt die Deutung zu, daß zwei Entwickelungsstufen vorliegen. Bei Kontrollfärbungen anderer Gewebe hat Verfasser nichts ähnliches gefunden. Ob der Befund in luetischen Produkten ein absolut konstanter ist, darüber vermißt man eine bestimmte Angabe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ohmann-Dumesnil giebt eine eingehende Beschreibung der **syphilitischen Ulcerationen der Haut.** (*Tri-State med. journ.*, St. Louis, Oktober 1896.) Von ätiologischer Bedeutung sind ungenügende Behandlung des Primäraffektes, schlechte hygienische Verhältnisse, ungenügende Ernährung in Verbindung mit harter, körperlicher Arbeit, Excesse in baccho et venere. Behandlung: innerlich Quecksilberpräparate und Jodkalium, lokal Quecksilber. Kräftige Nahrung; Ferrum und Chinin. citric. Drei instruktive Abbildungen. *H. Einhorn-München.*

Ikterus und akute Leberatrophie im Verlaufe einer frischen Syphilis, von Bozzolo. (*Rif. med.* No. 35, 1897.) Es handelt sich um eine 21jährige Patientin, bei welcher die Leberaffektion circa 10 Monate nach der spezifischen Infektion auftrat. Rascher Rückgang der Erscheinungen nach einigen Sublimatinjektionen.
C. Müller-Genf.

Die syphilitischen Erkrankungen des Auges, von Gessner. (*Münchener med. Wochenschr.* No. 15. 1897.) Die Veranlassung zu vorliegender Arbeit fand Verfasser in der Wahrnehmung, daß die Häufigkeit der syphilitischen Augenerkrankungen unterschätzt wird, während doch statistische Angaben genügend vorliegen. So erwähnt Hirschberg: „Bei uns zu Lande kann man unter Männern in der Blütezeit des Lebens, z. B. denen, welche die Sprechstunde eines Augenarztes aufsuchen, etwa 12 vom Hundert auffinden, welche erworbene Lues entweder noch zeigen oder durchgemacht haben.“ Coccius fand unter 7900 Augenkranken 11% mit Lues. — Alle Affektionen, die von erworbener Lues herrühren, hat der Verfasser berücksichtigt, teilweise sehr ausführlich geschildert; über die Häufigkeit der einzelnen Formen sind manchmal statistische Angaben beigefügt. Was die Iritis betrifft, so nimmt er an,

dafs mindestens die Hälfte aller Regenbogenhautentzündungen auf Lues beruht. — Recht häufig hat er gefunden, dafs sich in der ersten Zeit des Leidens Glaukomerscheinungen einstellten, welche zu genauester Beaufsichtigung des Patienten und eventuetler Änderung der Therapie zwangen. — Wegen der übrigen Affektionen, wie sie primär bei Syphilis des Sehorgans, sodann im Gefolge der Gehirnlues und der Syphilis der einhüllenden und angrenzenden Organe in bunter Mannigfaltigkeit auftreten, sei auf die Arbeit selbst verwiesen. Diese schliefst mit der Mahnung, in ätiologisch dunklen Fällen nach sorgfältiger Untersuchung den Satz zu berücksichtigen: In dubiis respice luem. *Neuhaus-München.*

Die parenchymatöse Keratitis bei der erworbenen Syphilis, von Trousseau. (*Presse méd.* No. 40. 1897.) T. stellt eine Parallele auf zwischen der hereditären und erworbenen Augensyphilis, von welcher letzteren er 10 Fälle selbst beobachtet hat. Vor allem ist die Keratitis specifica häufiger bei Frauen als bei Männern und stimmt hierin überein mit der hereditären. Während letztere aber meist doppelt ist, fand T. die erworbene spezifische Keratitis meist auf ein Auge beschränkt. Recidive sind nach seinen Beobachtungen bei letzterer seltener (1 : 11). Das Auge erkrankt meist gegen Ende des ersten oder anfangs des zweiten Jahres nach der Infektion; schleichender Verlauf unter langsamer Trübung der Cornea. Photophobie- und Thränenträufeln sind viel weniger intensiv als bei den hereditären Formen. Vaskularisation der Cornea wird gar nicht oder nur in schwachem Grade beobachtet, Restitutio ad integrum viel häufiger; aufserdem bleibt die interstitielle Entzündung öfters auf einen kleinen Bezirk beschränkt. Ob andere Diathese das Auftreten luetischer Keratitiden begünstigt (Arthritismus, harnsaure Diathese etc.), ist nicht sicher festgestellt. Wahrscheinlich übt das Alter einen Einfluſs aus. Die Quecksilbertherapie wirkt bei der acquirierten spezifischen Keratitis viel rascher. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Gumma der Ciliargegend, von H. C. Highet. (*The Brit. med. Journ.* 7. November 1896.) Der 30jährige Patient acquirierte von 2½ Jahren Syphilis. Am 25. März 1896 kam er in die Behandlung des Verfassers und zeigte bei der ersten Visite eine Entzündung des rechten und linken Auges. Gleichzeitig hatte sich das Sehvermögen des Patienten derart rapide verschlechtert, dafs ihn erst die Angst, blind zu werden, zum Arzt trieb. Conjunctiva und Ciliarkörper sind entzündet, die Cornea ist trübe, vordere Augenkammer tief und eiterige Flüssigkeit enthaltend. In dem oberen und inneren Viertel der Kammer befindet sich ein gelblichroter Tumor. Oberhalb des unteren und äufseren Quadranten der Iris sieht man einen kleineren und etwas unregelmäfsigen Tumor, der fast ganz in eitriger Flüssigkeit versteckt ist. Der Patient klagt über grofse Spannung und Schmerzen im Auge und in den benachbarten Teilen des Kopfes. Gleichzeitig mit dem lokalen Zustande ist allgemeines Unwohlsein, belegte Zunge, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, schwaches Fieber und Schlaflosigkeit vorhanden. — Die Behandlung bestand in innerlichen Gaben von Calomel in Verbindung mit Opium, später wurde aufserdem Jodkalium verordnet. Der Erfolg war ein ausgezeichneter. *C. Berliner-Aachen.*

Über die acquirierte Syphilis des Herzens, von Grassmann. (*Münchener medic. Wochenschr.* No. 18 u. 19. 1897.) Verfasser bringt ein Referat über den derzeitigen Stand der Herzsyphilisfrage, wobei er die Litteratur seit Ricord zu einem übersichtlichen Bilde benutzt hat. Für den Spezialisten bringt die Arbeit nichts Neues, jedoch dürfte folgendes der Hervorhebung wert sein. Virchow konnte bereits 1859 aus seinem Fall schliefsen, dafs die syphilitische Erkrankung des Herzens das Peri- und Endokard ergreifen könne, sich aber vorzüglich am Myokard lokalisiert.

Die Erkrankung des Herzmuskels hat ebenfalls Virchow in eine einfache fibröse und eine interstitielle Myokarditis geschieden, und diese Einteilung ist bisher beibehalten worden. — Auf die syphilitischen Veränderungen der Coronararterien weist der Verfasser ausdrücklich hin; die Erkrankung der Aortenintima infolge Lues, den Einfluß der letzteren auf die Entstehung von Aortenaneurysmen hat er absichtlich nicht erörtert. Die Bedeutung der Gummata wird vollauf gewürdigt. Ist ein Gumma der Einschmelzung, die dann central beginnt, oder der Resorption verfallen, so kann an der betreffenden Stelle durch Nachgeben des verdünnten Muskels ein partielles Herzaneurysma entstehen, dessen Thrombosierung eventuell die Gefahr der Embolie, dessen Ruptur sicheren Tod bringt. Als interessanter Beleg wird ein Präparat aus dem Münchener pathologischen Institut vom Jahre 1894 angeführt, bei welchem sich ein Gummaknoten am Herzfleisch an der Spitze des linken Ventrikels, ferner ein thrombosiertes Aneurysma an der Vorderwand des linken Ventrikels, zugleich eine aneurysmatische Vorbuchtung einer Partie der hinteren Mitralklappe gegen den linken Vorhof vorfand und bei welchem ein kreisrunder, offenbar einem resorbierten Gumma entstammender Defekt in der Zwischenwand der Ventrikel gleich unterhalb einer der Aortenklappen entdeckt wurde. Der Heilungsvorgang erfolgt eventuell in folgender Weise: An Stelle des gummösen Granulationsgewebes tritt eine bindegewebige Wucherung, eine myokarditische Schwiele, welche bei genügender Dicke eine Ruptur wohl verhindern kann. Ausdrücklich wird ferner vom Verfasser hervorgehoben, daß es eine syphilitische Myokarditis gäbe, ohne daß Gummata vorhanden zu sein brauchen. An der Entstehung der Myokarditis nehme die Erkrankung der kleinsten Herzgefäße einen hervorragenden Anteil, wird nach dem Vorgange von Ehrlich auch vom Verfasser betont. — Was die klinischen Erscheinungen der Herzsyphilis betrifft, so haben die meisten Beobachter festgestellt, daß diese Zeichen einer späten Periode der Lues angehören, daß mehrere Jahre, meistens ein Jahrzehnt, seit der luetischen Ansteckung verstrichen waren (6—10 Jahre). Es werden jedoch jene ganz seltenen Fälle nicht vergessen, in denen nach viel kürzerem Verlaufe der Lues anatomisch nachweisbare Herzveränderungen sich entwickelt hatten (Pelletier, Hertz, Mackenzie). — Für das sekundäre Syphilisstadium (45 Tage bis 3 Jahre nach der Infektion) hat Fournier schon lange darauf hingewiesen, daß „recht gewöhnlich“ gewisse Herzstörungen bemerkbar werden, die vor dem Eintritt der Allgemeinerscheinungen nicht vorhanden waren. Abnormitäten des Pulses (Arrhythmie, Inäqualität, Kleinheit der Pulswelle etc.), dann subjektive Symptome, wie Herzklopfen, Druckgefühl, leichte Dyspnoe werden von Fournier angegeben, jedoch nicht als spezifisch für Frühlues, sondern als Störungen rein „dynamischen“ Charakters, wohl als anämische. Vorläufig kann Verfasser nur angeben, daß er ebenfalls bei Frühluetikern recht zahlreiche Pulsstörungen fand — auch ohne eine Spur vorhandener Anämie — variable Herzgeräusche, zum Teil mit zu beobachtenden Änderungen der Herzfigur, einmal auch Perikarditis, einmal Anfälle von Angina pectoris. Auch konnte er häufig Zeichen von Arteriosklerose bei jugendlichen Kranken konstatieren. Dagegen fand er nie stärkere Cirkulationsstörungen. — Die klinischen Symptome der Späterkrankung des Herzens bei Lues werden hierauf besprochen, es sind im wesentlichen die der Herzinsufficienz.

Für die Diagnose der Herzsyphilis sei von gewisser Bedeutung, sich zu erinnern, daß der Klappenapparat nur ganz selten isoliert erkrankt. Also würden gerade diejenigen Fälle, wo die typischen Symptome eines bestimmten Klappenfehlers vorliegen, am allerwenigsten den Verdacht einer dem Prozesse zu Grunde liegenden Syphilis wachrufen dürfen, während eine atypische Gruppierung der Symptome eher an eine solche Ätiologie denken ließe. Dann heißt es eben nach der früheren Infektion, nach anderen Folgen und Zeichen der Lues zu forschen, den Einfluß der gewöhn-

lichen Herzmittel zu studieren, anderenfalls einen günstigen Einfluſs der spezifischen Therapie zu ermitteln suchen. — Für die Prognose der Herzsyphilis kommt es natürlich auf die vorhandenen anatomisch-pathologischen Veränderungen an. Für die Spätformen sei Heilung im strengen Sinne wohl kaum zu erwarten, für etwaige Früherscheinungen theoretisch möglich und wahrscheinlich. Gummöse Herde können resorbiert werden, bei relativer Heilung bildet sich dafür eine schwielige Myokarditis. Die Resorption eines gummösen Herdes kann vielleicht durch eine antiluetische Kur so rasch erfolgen, daſs an Stelle des Gumma keine hinreichend solide Myokarditis sich bilden kann, vielmehr die Anlage eines Herzaneurysma gegeben ist. — In therapeutischer Hinsicht verlangt Verfasser bei Fällen, wo ein Gumma vorliegen könne, Vorsicht in der spezifischen Behandlung und meint, daſs eine energische Kur mehr schaden als nützen könne. *Neuhaus-München.*

Einen Fall von **syphilitischer Myokarditis** demonstriert O. Rosenthal im Verein für innere Medizin in Berlin. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1897. Vereinsbeilage No. 9.) Der 23jährige Patient hat zweimal Gonorrhoe gehabt und ist November 1895 syphilitisch infiziert. Es stellten sich trotz wiederholter Kuren häufig Recidive ein. Nach einem Jahre zeigten sich im Anschluſs an eine forcierte Tour per Rad Erscheinungen von Herzstörungen. Die Untersuchung ergab: Frequenten Puls, Arrythmie, zweiten klappenden Pulmonalton, Verstärkung des zweiten Aortentones. Später gesellten sich Geräusche an der Pulmonalis und Mitralis hinzu. Der Vortragende nimmt an, daſs es sich hier um eine syphilitische Myokarditis und Endokarditis handelte, die sich ausbildete, als das Herz durch die übermäſsige Anstrengung beim Radfahren stark gereizt wurde, wie ja latente Syphilis sich an Stellen, die irgend ein Reiz trifft, besonders gerne etabliert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Herzsyphilis, klinischer Vortrag von Philips-London. (*The Lancet,* Januar 1897.) Die Syphilis des Herzmuskels tritt auf entweder als Gumma oder als fibroide Veränderung. Sind die Gummata ganz klein, so bieten sie keine Gefahr; ihre Lokalisation an der Spitze des linken Ventrikels kann aber zu plötzlichem Tode führen. Die Erscheinungen, welche auf das Vorhandensein von Gummata im linken Ventrikel bei Syphilitikern zurückgeführt werden können, sind: Tachykardie, epileptoide Anfälle, Kollapse, Angina pectoris. Anhaltende Dyspnoe bei luetischen Individuen läſst auf Gummata des rechten Ventrikels schlieſsen. Dilatation eines Teiles der Herzwand bei Syphilitikern läſst eine Sklerose des Herzmuskels, Hypertrophie des Herzmuskels ohne andere Ursache und ohne Pulsverstärkung eine syphilitische Erkrankung des Herzens vermuten. Gummöse oder fibroide Veränderungen des Herzmuskels sind nur in ihrem Beginne einer spezifischen Behandlung zugänglich.
C. Müller-Genf.

Syphilis der Prostata, von Rochon. (*La méd. moderne,* April 1897.) Von dieser Lokalisation der Lues wäre nach R. nur noch ein von Reliquet mitgeteilter Fall in der Litteratur bekannt. Dieser zweite Fall betrifft einen 50jährigen Patienten, bei dem sich vor vier Jahren am Oberschenkel ein Abscefs entwickelte, der sechs Monate dauerte. Circa acht Tage vor der Publikation des Falles traten Urinbeschwerden ein, die sich bis zur vollständigen Anurie infolge hochgradiger Anschwellung der Prostata steigerten; gleichzeitig bildete sich wieder ein tiefer Abscefs im Oberschenkel. Unter dem Einflusse einer Jodquecksilberkur traten alle diese Beschwerden verhältnismäſsig rasch zurück. *C. Müller-Genf.*

A. H. Ohmann-Dumesnil bespricht (*Tri-State med. Journ.,* St. Louis, Dezember 1896) das klinische Bild und die Behandlung der **syphilitischen Perforationen der Nasenknochen** und des harten Gaumens. Jodkalium 2,0—3,75 pro dosi, 3 mal täglich

2 Wochen hindurch, hierauf ebenso lange Hydrargyr. bijodat., 0,015 in Pillenform, 3 mal täglich. Zur lokalen Reinigung Ol. eucalypt. gtt. XX., Benzoinol 120,0. Entfernung nekrotischer Knochenstücke; plastische Operationen. Absolutes Verbot des Alkohols. Arsen. *H. Einhorn-München.*

Das pustulo-krustöse Syphilid der Nasenspitze. (Lupus syphiliticus, Ecthyma syphiliticum.) Von Ohmann-Dumesnil. (*Annals of Ophthalm. and Otology*, Oktober 1896.) Fünf interessante Krankengeschichten mit Abbildungen, von welchen zwei Individuen mit „pränataler" Syphilis betreffen. Prägnante Schilderung des Krankheitsbildes, der Differentialdiagnose und Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur. *H. Einhorn-München.*

Die **syphilitischen Ulcerationen des Pharynx** werden in ihren Erscheinungsformen (oberflächliche, tiefe, phagedänische und gummöse) von Ohmann-Dumesnil, (*The Laryngoscope*, St. Louis, Oktober 1896) kurz beschrieben. Zur lokalen Behandlung wird nach Reinigung mit Sublimatlösung und eventuellem Curettement die Ätzung mit Salpetersäure empfohlen. *H. Einhorn-München.*

Die Behandlung der Larynxsyphilis mit hochdosierten intramuskulären Sublimatinjektionen, von Leopold Glueck. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 1. 2. 3.) An der Hand von 30, tabellarisch wiedergegebenen Fällen von Larynxsyphilis beweist der Verfasser, dafs dieselbe durch hochdosierte Sublimatinjektionen leicht geheilt werden könne. Die Fälle sind um so lehrreicher, als von jeder lokalen Therapie abgesehen wurde, welche der Verfasser für entbehrlich hält.

Jessner-Königsberg i. Pr.

d. *Malleus.*

Über einen Fall von akutem Rotz, von Forestier. (*Lyon. méd.* No. 6. 1897. Es handelt sich um einen 44jährigen Mann, welcher mit Allgemeinerscheinungen erkrankte, die zunächst als Gastritis angesehen wurden. Nach acht Tagen begannen, bei heftigem Fieber, an allen vier Extremitäten nufs- bis eigrofse Tumoren aufzutreten, über denen die Haut zum Teil normal, zum Teil violett verfärbt war. Dieselben waren nur auf Druck, nicht spontan schmerzhaft, zeigten Fluktuation; ihr Sitz war teilweise subcutan, teilweise subaponeurotisch. In der Tiefe der Muskulatur waren feste, ebenfalls schmerzhafte Tumoren zu fühlen. Nirgends Erscheinungen von Lymphangitis oder Lymphadenitis. Bronchopneumonische Herde. Exitus unter zunehmender Adynamie und nachdem noch eine pustulöse Eruption der Extremitäten, sowie eine erysipelatoide Schwellung der Nasenwurzelgegend aufgetreten war. — Im Eiter der Tumoren wurde der Rotzbacillus nachgewiesen. Die Infektion fand wahrscheinlich von einem kranken Pferde statt, mit dem der Patient in Kontakt gewesen war; als Eintrittspforten des Giftes sind wahrscheinlich die Respirationswege (Bronchopneumonie) zu betrachten. *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 9. 1. November 1897.

Über Veränderungen an der Haut und den Eingeweiden nach Durchleuchtung mit X-Strahlen.

Von

Oudin, Barthélemy und Darier (Paris).

(Vorgetragen auf dem Internat. medizinischen Kongresse zu Moskau.)

Im August 1896 auf den Kongressen zu Nancy und zu London haben wir Ihnen über unsere ersten Versuche mit der Aktinographie in der Syphilis und der Dermatologie berichtet. In diesem Jahre können wir Ihnen eine grofse Anzahl von Radiographien vorlegen sowohl aus dem Gebiete der Tuberkulose, des Rheumatismus, der Psoriasis, der Syphilis, wie auch von Krankheiten des Thorax, der Lungen, der Pleura, der Aorta, des Gefäfsapparates u. s. w. Der Fortschritt ist ein ersichtlicher und der Wert für die Diagnose kann nicht mehr bestritten werden, wie Sie sich durch die Besichtigung aller dieser Bilder überzeugen können. Es ist aber auch gar nicht diese Frage, die wir heute verhandeln wollen, sondern die Einwirkung der Röntgenschen Strahlen auf Haut und innere Organe bildet den Gegenstand, für den wir diesmal Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen möchten.

Durch Wärme, Licht und Elektricität werden eine grofse Zahl von Krankheiten günstig beeinflufst. Wir waren daher vollkommen berechtigt, auch die neu entdeckte Strahlengattung nach dieser Richtung hin zu prüfen. Andererseits trugen die fast täglich zunehmende Vervollkommnung des aktinographischen Apparates sowie die zahlreichen Dienste, welche diese neue Untersuchungsart mittelst Fluorenzschirm und Strahlenphotographie der Medizin zu leisten versprach, wesentlich zur raschen Aufnahme derselben unter die Hülfsmittel der Diagnosenstellung bei. In allen Ländern wurden die verschiedenartigsten Kranken der Einwirkung der neuen Strahlen ausgesetzt und die Zahl der Durchleuchtungen erreichte rasch eine bedeutende Höhe. Diese Untersuchungen wurden mit jener Sorglosigkeit, die teils eine Folge der Gewohnheit, teils eine Folge der Unwissenheit ist, wie man sich einem neuen, noch unbekannten Mittel gegen-

über zu verhalten habe, vorgenommen. Und doch ist Vorsicht hier umsomehr geboten, als wir über die Einzelheiten des neu entdeckten Mittels noch ganz im Unklaren sind.

Thatsächlich sind schon von verschiedenen Seiten allerlei Zufälle gemeldet. Allerdings verschwinden sie fast gegenüber der grofsen Zahl von bereits stattgehabten Durchleuchtungen, die sich schon nach hunderttausenden berechnen, und sind viel geringer als z. B. die Unglücksfälle beim Chloroformieren. Aber wenn sie auch an Zahl geringfügig sind und weder Tod noch Siechtum veranlafst haben, so waren sie doch zum Teil recht ernster Natur, wie z. B. der Fall, der aus Dublin von Apostoli gemeldet wurde, und sind andererseits auch gar nicht so ganz selten (wir haben in dieser Abhandlung an 50 einschlägige Beobachtungen zusammengestellt), dafs man sie einfach vernachlässigen könnte; vielmehr gilt es, ihre Ursachen aufzusuchen, um für die Folge bei der Anwendung der X-Strahlen jede Schädigung möglichst zu vermeiden.

Wir sind, da es sich um noch unbekannte Einwirkungen handelte, stets mit der äufsersten Vorsicht verfahren, haben demgemäfs unsere Röhren immer nur in 15—20 cm Entfernung aufgestellt und nie höhere Stromstärken als 6—8 Ampère verwandt. Wir wollten lieber weniger deutliche Bilder haben — obschon wir uns auch nach dieser Richtung nicht beklagen können —, wenn wir nur unsern Patienten keinen Schaden zufügten, und wir konnten es bei unsern Vorsichtsmafsregeln z. B. wagen, die Ellbogenbeuge $^5/_4$ Stunden lang der Durchstrahlung auszusetzen, ohne dafs es zu Erythem oder Schuppenbildung kam.

Dennoch hatten wir bei über 400 Aufnahmen viermal abnorme Folgezustände zu verzeichnen, die allerdings niemals bedenklicher Natur waren. In einem Falle entstanden zwei kleine, oberflächliche, linsengrofse Brandschorfe auf dem Ohrläppchen; in zwei anderen Fällen ein erysipelatoides Erythem auf je einem Lupus der Wange bezw. des Ohres, wie solche Erytheme auch nach Tuberkulineinspritzungen vorkommen. Bei diesem zweiten Fall von Erythem entwickelte sich auch noch eine auf die Ohrgegend beschränkte peladoide Alopecie, die zwei Monate anhielt. Und endlich beobachteten wir bei einem 7jährigen Kinde, das eine Stunde vor der Durchleuchtung gefrühstückt hatte, das plötzliche Auftreten einer heftigen Verdauungsstörung, an die sich noch während der nächsten zwei Monate kleine intermittierende Kolikanfälle anschlossen.

Aber diese Zufälle waren zu gering an Zahl und zu unbedeutend, um zu Folgerungen zu berechtigen. Zu diesem Zwecke mufsten wir sämtliche veröffentlichten Fälle sammeln und ordnen. Denn es ist wahrscheinlich, dafs auf jeden einzelnen Forscher nur sehr wenige Zufälle kommen und dafs demnach die individuelle Erfahrung zur Lösung der Frage nicht genügt. Es wäre daher wünschenswert, dafs jeder einzelne

alle von ihm beobachteten unliebsamen Folgen der Durchleuchtung mit allen Einzelheiten des Verlaufs und der Versuchsanordnung mitteilen wollte; erst dadurch wäre eine zuverlässige Abschätzung der schädlichen Ursachen möglich.

Eine vollkommene Lösung der Frage zu geben, sind wir freilich noch nicht im stande; sie mufste aber einmal in Angriff genommen werden, und zu diesem Zwecke haben wir alle Fälle gesammelt, die wir in der Litteratur finden konnten, und die sich bis jetzt im ganzen auf 44 belaufen. Unser Freund Dr. JACQUES hat uns bei diesen Untersuchungen in liebenswürdiger Weise geholfen, und wir drücken ihm dafür auch an dieser Stelle noch unsern besten Dank aus.

Unsere Abhandlung zerfällt in fünf Abteilungen. In der ersten sind die Fälle gesammelt und klassifiziert; in der zweiten werden die Symptome, der Charakter, der Verlauf und der Ausgang der einzelnen Unfälle besprochen; in der dritten sind die theoretischen Erörterungen untergebracht. In der vierten Abteilung sind zum Vergleich die unter Einwirkung der Elektricität beobachteten Zufälle herangezogen. Es sei hier vorweggenommen, dafs es sich auch bei den RÖNTGENstrahlen um funktionelle Störungen der inneren Organe und der Haut handelt, und dafs letztere, die uns hier am meisten interessieren, wie auch die elektrischen Dermatitiden, in akute und chronische Formen zerfallen. In der fünften und letzten Abteilung endlich teilen wir eine Reihe von Versuchen mit. Wir haben nämlich verschiedene Tiere, Kaninchen und Meerschweinchen, längere Zeiten sehr kräftigen Strahlungen ausgesetzt, und dabei Stromstärken verwandt, wie sie für gewöhnlich nicht genommen werden. Die auf diese Weise zu stande gekommenen Veränderungen wurden dann mittelst wiederholter Biopsien untersucht und die durch das Mikroskop gewonnenen Ergebnisse von Herrn DARIER in dieser letzten Abteilung beschrieben.

Abteilung I.

Beobachtungen.

1. Ein Fabrikant chirurgischer Instrumente wollte die Wirbelsäule seines Lehrlings radiographieren und bestrahlte ihn zu diesem Zwecke mit den X-Strahlen. Eine CROOKESsche Röhre wurde eine Stunde lang ungefähr 0,12 cm vom Epigastrium entfernt angebracht, so zwar, dafs sich zwischen Haut und Röhre noch das Flanellhemd befand. Unmittelbar danach verspürte der junge Mensch gar nichts. Am nächsten Tage jedoch wurde die Haut empfindlich, schmerzhaft und rötete sich in dem ganzen, den Strahlen ausgesetzt gewesenen Gebiet. Der Schmerz nahm in den nächsten Tagen noch zu und es entwickelte sich eine beträchtiche Anzahl von Bläschen. Der Übergang von der gesunden zur kranken Haut war ein allmählicher, namentlich am unteren Ende der erkrankten Fläche. Die Vesikel waren sehr zahlreich, besonders aber um den Nabel herum; der Ausschlag brannte nur mäfsig. Am 19. Tage nach dem Versuch stiefs die Epidermis sich ab und die Haut kehrte wieder zur

Norm zurück, nur die Vesikelherde blieben noch etwas exkoriiert. Die Haare fielen zumeist aus, nur nicht in der Medianlinie. An den exkoriierten Stellen erfolgte die Heilung nur sehr langsam. (Radcliffe Crocker, *Brit. med. Journ.* 2. Jan. 97.)

2. In einem Falle hatte das lange Verweilen der Hand unter der Wirkung der Röntgenstrahlen eine vesikuläre Dermatitis mit heftiger Reizung und starkem Brennen zur Folge. Daran schloſs sich noch eine Abschuppung der Epidermis. (*Quinzaine médicale.* 1. April 1897.)

3. Bei einem Experimentator entwickelte sich eine Dermatitis der Fingerspitzen mit Abstoſsung der Epidermis und Verletzung der Nägel. (Ebendaselbst.)

4. Ein Gelehrter, der über die neue Entdeckung Vorträge hielt und täglich etwa 6—8 Stunden öffentlich mit den Strahlen experimentierte, bekam an der rechten Hand Blasen und die Nägel fielen ab. Als er dann später seine linke Hand mehr gebrauchte, spielte sich auch hier derselbe Prozeſs ab. Selbst sein Gesicht wurde rot und geschwollen, an Stirn und Schläfe fielen die Haare aus, die linke Augenbraue und die linke Hälfte des Schnurrbarts lichteten sich und es kam sogar zu Sehstörungen. (Ebendaselbst.)

5. Bei einem Manne, der täglich mit Röntgenstrahlen Aufnahmen machte, bedeckte sich die rechte Hand nach mehreren Wochen mit dunklen Flecken, die schmerzhaft wurden, während sich auf der übrigen Haut eine entzündliche Röte einstellte. Die Epidermis trocknete allmählich ein, wurde hart und gelb und stieſs sich schlieſslich ab. Eine frische Epidermis, die sich an ihrer Stelle gebildet hatte, verfiel dem nämlichen Geschick; diesmal ergriff die Entzündung aber auch die Fingerspitzen, sodaſs auch die Nägel abfielen; sie wurden durch neue, völlig normale Nägel wieder ersetzt. (*La science française*, 3. Jan. 1897, nach der englischen Zeitschrift „*Nature*".)

6. Bei einem Nierensteinkranken, dessen Nierengegend radiographiert wurde, entwickelte sich unter allgemeinem Unbehagen ein groſses, tiefes Geschwür am Epigastrium, das lange Zeit zur Heilung brauchte. (Drury.)

7. In einem anderen Falle hatte eine Colardeausche Röhre 45 Minuten lang in einer Entfernung von 3 cm sehr energisch auf die Schläfengegend eingewirkt. Darauf schwollen die Gewebe in einem Umfang von ungefähr 10 cm an, Bart- und Haupthaare fielen aus. Noch nach mehreren Monaten waren Krusten vorhanden, unter denen die Vernarbung vor sich ging. Die ausgefallenen Haare wurden langsam vom Rand her wieder ersetzt. (Abel Buguet, *Technique médicale des rayons X.*)

7a. Unter sonst gleichen Bedingungen hatte die Bestrahlung fünf Stunden gedauert; danach befielen die Störungen die ganze eine Kopfhälfte. (Ebendaselbst.)

8. Der Ingenieur Leppin, der schon vielfach mit den X-Strahlen experimentiert hatte, entdeckte nach einer aktinographischen Aufnahme an seiner linken Hand eine starke Röte, zu der sich auch eine Blase gesellte, wie sie nach gewöhnlichen Verbrennungen vorkommt. Diese Entzündung ging zwar nach Behandlung mit kaltem Wasser zurück, die Hand behielt aber eine dunklere Färbung und die Haut blieb runzelig. (*Journal L'Eclair.* 9. Juli 1896.)

9. Oudin und Radiguet hatten sich monatelang anhaltend mit den X-Strahlen beschäftigt; die Folge davon war eine ernste Erkrankung ihrer Hände, und zwar eine chronische Dermitis des Handrückens, dort, wo dieser besonders den Strahlen ausgesetzt war. Die Haut wurde verdickt, ödematös, verlor ihre Elasticität und zeigte keine Furchen mehr; sie war gerötet und kongestioniert; Abschuppung und seröse Absonderung bestanden nicht; die Nägel wurden in der unteren Hälfte schmerzhaft (Radiguet), dabei stumpfte ihr Tastgefühl ab, sie verdickten und verbogen sich, fielen aber nicht ab. Nach einem Monat völliger Schonung kehrte dann alles wieder zur Norm zurück, wie ja auch die Hände der Chirurgen bald wieder ihr glattes Aussehen

gewinnen, sowie sie nicht mehr mit Sublimat und Karbolsäure in Berührung kommen. (Barthélemy.)

10. Ein alter Arzt und seine Tochter, die beide an unheilbarer Taubheit litten, hatten gebeten, dafs man die Wirkung der Röntgenschen Strahlen auf die Gehörknöchelchen und die Sklerose des inneren Ohres bei ihnen versuche. Es wurden dementsprechend mehrere Bestrahlungen von je 15 Minuten Dauer mit der grofsen Colardeauschen Röhre bei 5 cm Abstand vorgenommen. Acht Tage nach der letzten Sitzung war bei beiden Personen die Ohrmuschel geschwollen und auf dem Antitragus erschien ein kleiner, grauer, schmerzloser, festhaftender Brandschorf von der Gröfse eines Hanfkorns. Es dauerte lange, bis er sich abstiefs, dann aber erfolgte auch sofortige Vernarbung und glatte Heilung. Acht Tage nach dem ersten Erscheinen dieses Brandschorfes fielen überdies bei dem jungen Mädchen die Haare in einem handtellergrofsen Bezirk der Regio temporalis-mastoidea aus. (Oudin und Garnaud.)

11. Lupus ulcerosus der rechten Wange und des rechten Ohres, 1894 zu St. Louis ausgekratzt, rückfällig 1896. Nach mehrfacher Bestrahlung mit X-Strahlen schwoll dieser Lupus plötzlich an und wurde schmerzhaft, wie das ja von den Tuberkulineinspritzungen her bekannt ist. Nach diesem Anfall hatte das gegenteilige Verhalten statt, indem der Lupus nunmehr schrumpfte, runzelig und blafs wurde, seine Krusten abstiefs und sich in jeder Beziehung merklich besserte. Das Interessanteste bei diesem ganzen Vorfall ist aber, dafs sich 8—14 Tage nach der vierten und letzten Sitzung ohne eine schmerzhafte Empfindung eine Alopecie ausbildete. Der Kranke entdeckte nämlich eines Tages, dafs seine Haare büschelweise ausfielen, und es entstand, wie beim Herpes tonsurans, eine kahle, halbkreisförmige Stelle von 3 cm Breite in der Gegend des Ohres und der Schläfe. Dabei besteht weder Schmerzempfindung noch Röte; man meint, eine Alopecia areata vor sich zu haben. Diese kahle Stelle bestand ungefähr drei Wochen lang; dann fingen die Haare wieder an zu wachsen; dabei schienen die ersten neu gebildeten Haare noch ein keulenförmiges Ende zu haben, fielen auch wohl wieder aus. Jetzt, d. h. ungefähr zwei Monate nach der letzten Bestrahlung, ist das Wachstum überall wieder ein ganz normales, nur dafs die Haare kaum $1^1/_2$ cm lang sind, so dafs bis zur völligen Wiederherstellung wohl noch zwei weitere Monate vergehen können. — Es war eine grofse Colardeausche Röhre 20 Minuten lang bei 0,2 cm Abstand verwandt worden. (Oudin und Barthélemy.)

Anmerkung. Der in Frage stehende Patient stellte sich nach Veröffentlichung des Falles wieder vor; die frisch gewachsenen Haare standen dichter, waren härter, fester und dunkler als die übrigen. Es scheint also, dafs eine durch Röntgenstrahlen erzeugte Alopecie nicht länger als zwei Monate andauert; daraus läfst sich ihr Wert für die Beseitigung der Hypertrichie ermessen.

12. Freund hat in der königlichen Gesellschaft der Ärzte zu Wien einen Fall von Naevus pigmentosus pilaris vorgestellt, der sich über den Hals, den Rücken und einen Teil der Oberarme erstreckte und mit X-Strahlen behandelt wurde. Jede Sitzung dauerte zwei Stunden. Nach der elften fingen die Haare an auszufallen, dann wurden der untere Teil des Hinterkopfes, der Nacken, sowie der obere Teil des Rückens vollkommen kahl. Acht Tage nach dem Beginne des Haarschwundes erschien eine stellenweise nässende Dermitis und zur Zeit der Vorstellung waren Hals und Nacken noch ganz frei von Haaren. — Durch Versuche wurde festgestellt, dafs dieser Erfolg nicht etwa Wärmestrahlen oder hochgespannten elektrischen Strahlen zu verdanken war, sondern ausschliefslich den X-Strahlen. Die Haupthaare fielen leichter aus als die Haare des Naevus. Die Alopecie hatte keinen Bestand. (*Revue internationale d'Electrothérapie.* Februar-März 1897.)

13. Ein junger Mensch von 20 Jahren, der an einer akuten Phlegmone mit

allen Symptomen einer Broncho-Pneumonie litt, wurde mit X-Strahlen behandelt. Die Sitzungen fanden täglich statt und dauerten jedesmal 55 Minuten. Acht Tage nach der ersten Bestrahlung entstand an der Vorderseite des Thorax ein oberflächlicher erythematöser Ausschlag; es war wie ein abgeschwächter Sonnenstich auf die Haut. In den nächsten acht Tagen nahm das Erythem an Stärke und Ausdehnung zu und es bildete sich auf der Haut ein schmerzhafter Brandschorf, der mehr als drei Wochen zu seiner Ausheilung brauchte. (Société médicale des Hôpitaux. 18. Jan. 1897. Rendu und Ducastel.)

14. Diese mehrfach beobachtete Hautreizung brachte Bouchard auf den Gedanken, die Röntgenstrahlen zu einer schnelleren Heilung eines Oberschenkelbruchs zu verwenden. Er hatte aber keinen Erfolg damit, denn man mufste die einzelnen Sitzungen zu sehr auseinander legen, weil der Kranke über schmerzhafte Empfindungen, Aufregung und sogar über Schlaflosigkeit klagte.

14a. Launois, der von der Radiographie einen ausgiebigen Gebrauch machte, hat danach häufig Hautveränderungen beobachtet; dieselben traten meistens mehrere Tage nach Anwendung der Strahlen ein, besonders bei Frauen und auf den unbedeckten Hautstellen. In einem Falle, bei dem man den Schädel wegen einer Kugel durchleuchtete, entstand sogar eine ausgedehnte Verschwärung der Haut, die das Leben des Patienten in Gefahr brachte. (Société médicale des Hôpitaux. 15. Jan. 1897.)

15. Am 29. September 1896 wurde ein 16jähriges Mädchen der Wirkung einer Colardeauschen Röhre ausgesetzt. Die Röhre war 1 cm von der Regio epigastrica entfernt und von ihr nur durch eine dünne Celluloidplatte getrennt. Die Sitzung dauerte mit Unterbrechungen $^3/_4$ Stunden, die Zeit der eigentlichen Bestrahlung betrug 20 Minuten. Die im Rücken der Patientin aufgestellte photographische Platte lieferte kein Bild. Sechs Tage später, am 5. Oktober, zeigte sich an der der Röhre gegenüberliegenden Stelle der Bauchhaut ein roter, 6 cm im Durchmesser haltender Fleck mit einem weifsen, 2 cm messenden Centrum. Der Fleck war bei Berührung etwas schmerzhaft. Acht Tage später, am 12. Oktober, stellten sich in der Tiefe recht lebhafte Schmerzen ein, gegen die einfache Mentholsalbe verordnet wurde. Aber an der Stelle des Flecks entwickelte sich eine reichliche Eiterung, die bis zum 12. November andauerte. Die Schmerzen waren bis dahin erträglich gewesen. Mittlerweile entstand aber auch auf dem Bein, etwas über dem Fufsknöchel, eine ähnliche, nur etwas kleinere Stelle, die grofsen Schmerz verursachte und absolute Ruhe notwendig machte; sie heilte erst nach einem Monat. — Das Geschwür am Epigastrium, das am 12. November nur noch 2 cm im Durchmesser hatte (das ursprüngliche weifse Centrum), hörte nach Anwendung von Borwasserumschlägen zu eitern auf und verwandelte sich in einen sehr schmerzhaften Brandschorf. Gegen Ende November steigerten sich die Schmerzen ins Unerträgliche. — Das betreffende junge Mädchen ist sehr nervös, sonst aber ganz gesund; man mufs daher annehmen, dafs sie gegen die X-Strahlen sehr empfindlich ist. Denn in andern Fällen hat Sorel (Havre), der Autor dieser Mitteilung, bei 4—5mal längeren Sitzungen, die sich mit 24 Stunden Zwischenräumen mehrfach wiederholten, nichts derartiges erlebt.

16. In einem anderen Falle bildete sich nach Durchleuchtung des Beckens und des Schenkels bei einem Mädchen von 9 Jahren ebenfalls ein roter Flecken auf dem Oberschenkel, der an dieser Stelle seine Epidermis einbüfste. Das war aber auch alles; denn obschon in diesem Falle die nämliche Colardeausche Röhre bei einem 20 cm langen Funken des Apparats in der nämlichen Weise zwei Stunden lang arbeitete (Dauer der Bestrahlung nahezu eine Stunde) und obwohl von der zu untersuchenden Gegend ein sehr schönes Bild gewonnen wurde, so war doch von Brandschorf oder von Schmerzen keine Rede. Allerdings hatte Sorel, durch seinen vor-

hergehenden Fall gewarnt, die Röhre in gröfserer Entfernung aufgestellt. Wärmeempfindung oder den elektrischen Strom spürte keiner seiner Patienten vor dem Apparat. (*Bulletin de la Société Française de Photographie.* 2. Reihe, Bd. 13. A. Sorel.)

17. In einem Falle entstand nach zweimaliger Anwendung der Röntgenstrahlen, am 22. und am 28. Mai 1896, zu Dublin ein grofser brandiger Herd auf der Bauchhaut, der im Februar 1897 noch 17,7 cm lang und 13,6 cm breit war. Die erste Sitzung hatte 40 Minuten gedauert und die Crookessche Röhre stand 15 cm von der Haut entfernt; bei der zweiten Sitzung von 90 Minuten Dauer hatte man die Röhre auf 9 cm genähert. Nach beiden Sitzungen klagte der Patient über Übelbefinden, es kam aber nicht zum Brechen. Dafür erschien zwei Tage nach der letzten Sitzung ein Erythem, das in der Folge an Stärke und Ausdehnung noch zunahm. Auch Bläschen und Phlyktänen mit reichlicher seröser Absonderung entwickelten sich und das Ganze verwandelte sich in einen brandigen Herd, der erst im Juli des nämlichen Jahres (1896) sich merklich besserte. — Aber schon im August kam ein Rückfall, das Gewebe wurde von neuem brandig, diesmal unter heftigen Schmerzen. Alle möglichen Verbandwasser und Ätzmittel wurden nun der Reihe nach angewandt, selbst Reverdin und nach vorgenommener Anästhesierung auch Auskratzen wurden versucht — aber alles vergeblich. Nur ein Strom von Sauerstoff, der im Oktober 1896 täglich fünf Stunden lang über die Wundfläche geleitet wurde, scheint insofern günstig eingewirkt zu haben, als er den Prozefs zum Stillstand brachte; eine nennenswerte Besserung wurde aber auch bei diesem Verfahren nicht erzielt. — Nun wurde am 9. Februar 1897 unter Mithülfe von Dr. Planet eine elektrische Behandlung eingeleitet, die in folgendem bestand: Tägliche statische Bäder mit 20—30 Minuten langer Ausstrahlung auf die kranke Stelle. Dazu kamen Ende März noch starke Ströme in Form eines „Lit condensateur", sowie im April jede zweite Woche ein hydro-elektrisches Bad mit Wechselstrom. — Mit dem Beginne dieser Behandlung stellte sich fortschreitende Besserung ein: das festsitzende, trockene, brandige Gewebe stiefs sich langsam, aber gleichmäfsig ab und die ganze Brandfläche ist nur noch halb so grofs wie früher. Das Geschwür befindet sich in voller Heilung und die Behandlung wird fortgesetzt (Juni). (Académie des Sciences. Sitzung vom 2. Juni 1897. Fall des Dr. Apostoli, vorgestellt von Prof. d'Arsonval.)

18. Prof. Förster von Bern hat bei 438 verschiedenen Kranken Versuche mit Röntgenstrahlen gemacht. Die Zeit der Einwirkung schwankte von einer Minute bis zu einer Stunde und nur zweimal wurde eine Einwirkung der Strahlen auf die Haut, bezw. die Haare beobachtet. Aber seitdem sich Prof. Förster in der letzten Zeit eines kräftigeren Apparates bedient, der die meisten Strahlen durch die Haut hindurchgehen läfst, kommen Fälle von Haarschwund und Hauterythem nicht ganz selten vor. — Ein Patient wurde zweimal einer Durchleuchtung seines Kopfes unterzogen, um den Sitz einer Kugel, die ihm vor zwölf Jahren in den Schädel gedrungen war, ausfindig zu machen. Die Sitzung dauerte jedesmal eine halbe Stunde; die Kugel wurde auch gefunden, aber genau da, wo die Strahlen in der Regio auriculo-temporalis eingedrungen waren, fielen die Haare sämtlich aus.

18a. Bei einem anderen Patienten entstand unter den nämlichen Bedingungen auf Stirn und Auge ein Erythem. (*Deutsche med. Wochenschr.* 11. Febr. 1897.)

19. [1]Ein junger Mensch von 17 Jahren wurde vier Wochen lang täglich zweimal je 5—10 Minuten der Röntgenbestrahlung ausgesetzt. Bestrahlt wurden die linke Gesichtshälfte, Brust und Rücken. Das Gesicht färbte sich braun, später kam

---

[1] Die Beobachtungen 19 und 39 sind der Broschüre von Dr. T. C. Gilchrist, *Associate in Dermatology K. Johns Hopkins University and Hospital* entnommen.

es zur Abschuppung. Ausfall der Haare am rechten Ohr. Plaques, Blasen, hämorrhagische Flecke, Exsudat auf dem Rücken; auf der Brust dagegen nur geringgradige Veränderungen. Das Gesicht ist frei von Schmerz, der Rücken im Anfang sehr empfindlich, später, als der Ausschlag sich entwickelte, aber auch schmerzhaft. Die Haare wuchsen nach drei Monaten wieder; auf Brust und Rücken blieben bräunlich gefärbte Narben. (Marcuse.)

20. Mann von 35 Jahren. Zwei Sitzungen; Dauer der ersten eine Stunde, der zweiten 1½ Stunden. Sieben Tage Zwischenraum zwischen beiden. Zwei Tage nach der letzten Sitzung erschien der Ausschlag auf dem beleuchteten Teil (Leib). Nach beiden Bestrahlungen war über Übelbefinden geklagt worden. Rötung des Leibes, die innerhalb der nächsten vier Tage an Stärke noch zunahm, darauf Bläschenbildung. 18 Tage später ein Geschwür, das von der Brust bis zum Nabel reichte, mit glatter, glänzender, feuchter Oberfläche. Keine subjektiven Beschwerden, weder Brennen noch Schmerz. Der Ausschlag verschwand nach vier Wochen; ein Brandschorf, der sich gebildet hatte, fiel ab und liefs eine gelb verfärbte Haut zurück. (Dunn.)

21. Über einen fast gleichen Fall berichtete Dr. Feilchenfeld in der Medizinischen Gesellschaft zu Berlin, ohne indessen nähere Angaben zu machen.

22. Ein Photograph, der viel mit X-Strahlen arbeitete, setzte namentlich den linken Daumen und Zeigefinger diesen Strahlen vielfach aus. Die Gelenke der beiden Finger schwollen infolge dessen an und wurden steif; die Finger verdickten sich, färbten sich braun und büfsten an Schärfe des Gefühls ein; daneben machte sich ein leichtes Brennen in ihnen bemerkbar. Der Schnurrbart entfärbte sich und fiel aus. (Conrad.)

23. Dr. Paul Fuchs merkte nach langem Arbeiten mit den X-Strahlen ein starkes Anschwellen der Finger seiner linken Hand. Die Haut wurde runzlich, braun und rissig, wie nach Frosteinwirkung. Als er dann seine Versuche später wieder aufnahm, entstand ein Bläschenausschlag.

24. Bei einem 13jährigen Knaben erschien 14 Tage nach einer Sitzung von 45 Minuten ein Ausschlag auf dem Leib; zuerst entstand Hyperämie und dann bildeten sich Vesikel. Vier Wochen später war der centrale Teil der Bauchhaut ausgeheilt, während in der Umgebung der Ausschlag noch bestand. Die Haut war braun verfärbt, schuppte ab und brannte vom Beginn des Ausschlags an. Heilung erst nach 9—10 Wochen. (Sehrwald.)

25. Bei einem Manne wurde das Handgelenk 3—4 Tage lang täglich 10 bis 15 Minuten durchleuchtet. Am zehnten Tage Ausschlag. Zuerst wurde die Haut rot, dann purpurn, geschwollen; Desquamation und heftiger Schmerz. Langsame Heilung. (S. Kinner.)

26. J. Macintyre (*Nature*. No. 1412. Bd. 55. 7. Nov. 1896) hat Monate lang mit den X-Strahlen gearbeitet, ehe seine Haut zu leiden anfing. Seine Hand sieht aus, als ob sie einen Hitzschlag bekommen hätte; die Haut ist rot und geschwollen, die Epidermis stöfst sich ab und die Haare fallen aus. Als Ursache dieser Störungen beschuldigt der Verfasser die Hitze und die Elektricität, namentlich die letztere.

27. Bei einem Manne wurden fünfmal, jedesmal 20—30 Minuten, Kiefer und Halsgegend beleuchtet. Schon nach der zweiten Sitzung schwollen Gesicht und Hals an und röteten sich; dann entwickelte sich ein Ausschlag. Nach 16 Tagen Abblassung und Abschuppung der Haut. (Parker.)

28. Einem Manne, dessen Ohr während mehrerer Stunden durchleuchtet wurde, fielen an der betreffenden Stelle des Kopfes die Haare aus. Über Schmerzen klagte er nicht. (University of Minnesota.)

29. Der kleine Finger der linken Hand wird eine halbe Stunde lang 1½ Zoll

von der Röhre entfernt gehalten. Neun Tage danach Ausschlag. Der Finger ist äufserst empfindlich, dunkelrot, geschwollen. Später entwickeln sich mit Eiter gefüllte Blasen, die länger als drei Wochen bestehen bleiben. Abschuppung der Epidermis. Schmerz. (E. Thomson.)

30. Eine Frau läfst ihren Leib dreimal 20, 30 bezw. 35 Minuten lang durchleuchten. Nach zwei Tagen Ausschlag. Die Haut sieht aus wie nach einem Hitzschlag und bräunt sich immer mehr. Unter Schmerzen kommt es zur Entwickelung von Brandschorf und Geschwür. Heilung nur sehr langsam. (H. Richardson.)

31. Einem Manne wird nach Schufsverletzung die Brust durchleuchtet. Drei Sitzungen von 40—50 Minuten. Zwei Tage danach Ausschlag, der zuerst nur erythematöser Natur ist, später wie eine starke Verbrennung aussieht. Brandschorf. (J. Stern.)

32. Knabe von 12 Jahren, dessen ganzer Körper 40 Minuten lang durchleuchtet wird. 16 Tage später entsteht auf dem Kopf eine kahle Stelle, indem die Haare in einer Nacht plötzlich ausfielen. Die Haut war leicht ödematös. (F. Kolle.)

33. Einem jungen Mädchen wird an einem Tage während 30 Minuten, an den folgenden 45 Minuten lang die Brustbeingegend durchleuchtet. Schon am nächsten Tage stellte sich ein phlyktänulöser Ausschlag ein, dem Rötung der Haut voraufging; nach drei Monaten war die Heilung noch nicht vollendet. An der erkrankten Stelle bestanden neuralgische Schmerzen. (J. C. White.)

34. Ein Mann, der Gesicht, Brust und Bauch zahlreichen Bestrahlungen aussetzte, bekam Rötung, Entzündung und Ulceration der Haut mit reichlichem Exsudat. Sein Bart erbleichte stellenweise und hörte zu wachsen auf. Die geschwürige Fläche war selbst noch sechs Wochen nach Beginn der Entzündung äufserst schmerzhaft und Patient mufste mehrere Monate lang das Bett hüten. (Banister, Militärarzt der Vereinigten Staaten.)

35. Bei einem Operateur entstand nach häufigen und langdauernden Sitzungen ein Ausschlag. Befallen waren die rechte Hand mit Handgelenk sowie die hintere Fläche des rechten Vorderarms. Es bestand Hyperämie und Schwellung des Handrückens, Entzündung der Finger und der Hand, braune Verfärbung und Abschuppung der Haut; später auch lancinierende Schmerzen, die ungefähr 14 Tage anhielten. (T. C. Gilchrist.)

36. In einem Falle von Durchleuchtung des Nackens und des Schädels erschien der Ausschlag zehn Tage nach der Sitzung. Die Haare des Hinterhauptes fielen ab, während die Haut gesund blieb. Der Nacken sah aus, als hätte er ein Blasenpflaster getragen. Gefühl von Stechen und Brennen. (W. Downe.)

37. Über einen ähnlichen Fall wie den vorhergehenden hat Dr. Sevell berichtet.

38. Nach zwei Sitzungen von 20 bezw. 90 Minuten erschien noch am nämlichen Abend ein Ausschlag auf Brust und Leib, zuerst Erythem, dann Papeln und noch später Abblätterung der Epidermis und schmerzhafte Ulceration. (W. Reid. — Eigene Beobachtung.)

39. Nach 20 Bestrahlungen der linken Hand von ½—5 Minuten Dauer und drei Durchleuchtungen des Ellenbogens entwickelte sich zwei Tage später ein Ausschlag. Zuerst Stechen, dann Brennen. Zehn Tage später Entfärbung der Haut um den Ellenbogen herum. (A. B. Kibbe.)

40. Ein Patient, der nach einer aktinographischen Aufnahme seines ankylotischen Tibio-tarsal-Gelenkes subjektive Besserung verspürt hatte, verlangte nach weiteren Sitzungen. Es wurden dementsprechend noch sechs Bestrahlungen mit je fünf Tagen Zwischenraum vorgenommen. Verwandt wurde jedesmal eine grofse Colardeausche

Röhre, die fünf Minuten lang 15 cm vom Fufsgelenk entfernt gehalten wurde. 14 Tage nach der letzten Sitzung reist der Kranke nach Bourbonne ab und behandelt das Fufsgelenk hier noch zwei Wochen lang mit heifsen Douchen, bis eine grofse Phlyktäne mit starker Eiterung sich bildete, die nach zweimonatlichem Bestand noch nicht verheilt war. Die Ärzte in Bourbonne erklärten, einen derartigen Fall noch nie beobachtet zu haben. Sicherlich ist derselbe den X-Strahlen zur Last zu legen. (Oudin.)

41. Ein Kranker hat auf der Rückenfläche des Metacarpo-Phalangealgelenkes eine Lupusplaque. Auf diese liefsen wir versuchsweise eine grofse Colardeausche Röhre mit 5 cm Abstand von der Haut einwirken. Wöchentlich zwei Sitzungen von je zehn Minuten. Am Ende der fünften Woche erscheint auf der Palmarfläche des Daumens eine grofse Phlyktäne, die mehr als drei Wochen zu ihrer Vernarbung brauchte. Die Lupusplaque erschien etwas gereizt, zeigte aber keine Neigung zur Heilung. (Oudin und Barthélemy.)

Abteilung II.

Besprechung der Fälle.

Eigenschaften der radiographischen Ausschlagsformen.

Die schädlichen Einwirkungen der X-Strahlen auf den Organismus lassen sich nach den vorliegenden Beobachtungen wie folgt klassifizieren:

A. Veränderungen der Haut. Epidermis und Cutis.
   1. Akute Folgen: Röte, Schmerz, Schwellung, Vesikeln, Phlyktänen, Abschuppung, Blasenbildung und sogar Verbrennung mit schliefslicher Vernarbung.
   2. Chronische Folgen: Dermitis, Verdickung, Verlust der Elasticität, der Sensibilität, Abschuppung u. s. w.
   3. Ausfall der Kopf- und Barthaare, der Nägel.

B. Veränderungen an den inneren Organen.

A.

Die Veränderungen der Haut — Dermitis und Dermatitis nach X-Strahleneinwirkung — weisen folgende Eigenschaften auf:

1. Sie sind geringfügig oder ernst, oberflächlich oder tief, je nach ihrem Sitz und nach der Konstitution der betreffenden Patienten (vgl. die Beobachtungen, namentlich den Fall 15). Sie lassen sich in mehrfacher Beziehung mit den anderen Verbrennungen elektrischen Ursprungs vergleichen (Sepsis, Apyrexie). — (Vgl. Abteilung III: Elektrische Verbrennungen.)

2. Sie treten erst spät in die Erscheinung. Die durch die Röntgenstrahlen verursachten Entzündungen treten nicht unmittelbar nach der Bestrahlung auf; sie lassen sich zu ihrer Entwickelung meistens Zeit und erscheinen in der Regel erst mehrere Wochen nach der letzten Sitzung.

Fall 1 am nächsten Tage.
„ 5 mehrere Wochen später.
„ 4, 8, 9, 19, 22, 23, 26, 34, 35 nach zahlreichen Sitzungen.

Fall 10 acht Tage nach der letzten Sitzung.
„ 11 nach mehreren Sitzungen.
„ 12 nach der elften Sitzung Alopecie; acht Tage später Dermatitis.
„ 13 fünf Tage nach der ersten Sitzung.
„ 14, 33 mehrere Tage später.
„ 15 sechs Tage nachher.
„ 17, 20, 30, 39 zwei Tage nach der letzten Sitzung.
„ 24 vierzehn Tage später.
„ 25, 36 zehn Tage später.
„ 27 nach der zweiten Sitzung.
„ 29 neun Tage später.
„ 40 häufige und langdauernde Sitzungen.
„ 41 drei Wochen später.

3. In ihrer Erscheinungsweise sind die Entzündungen charakterisiert:
   a. Durch Reizung; auf die Rötung (Erythem) folgt zuweilen Entzündung der Haut.
      Reizung: Fall 1, 2.
      Rötung: Fall 1, 4, 5, 8, 9, 11, 15, 16, 20, 24—28, 29, 31, 33, 34, 35, 40.
      Erythem: Fall 13, 17, 18, 38.
      Entzündung: Fall 5, 34, 35.
   b. Durch Entfärbung der Haut oder durch die Bildung dunkler, bräunlicher Flecke. (Vermehrte Pigmentbildung.) — (Vgl. Dermatitis chronica und die Fälle 5, 8, 23.)
      Bräunliche Verfärbung: Fall 5, 8, 19, 22.
      Dunkle Flecke: Fall 23, 24, 25, 30, 35, 39.
   c. Durch Exfoliation der Epidermis (einfache Abschuppung). Fall 1, 2, 3, 5, 16, 24—28, 19, 35, 38, 40.
   d. Durch Ausschlagselemente. So die Bildung von Vesikeln nach voraufgegangener Hyperämie, von Phlyktänen mit und ohne Eiter oder Exsudat.
      Vesikeln: Fall 1, 2, 4, 13, 17, 20, 23, 24, 25, 36, 38.
      Blasen: Fall 8, 29.
      Phlyktänen: Fall 33.
      Eiter: Fall 17, 15, 19, 29.
      Exsudat: Fall 39.
   e. Durch Schwellung der Hautgewebe: Fall 4, 7, 9, 10, 11, 22, 33, 25, 26, 27, 29, 32, 35.
   f. Durch Brandschorf. Dieses ist bald mit Schmerz verbunden, bald auch nicht, immer aber dauerte es lange, bis der Schorf sich abstiefs. Fall 10, 13, 15, 17, 20, 25, 31.
   g. Durch Ulcerationen: Fall 6, 14, 17, 20, 30, 34, 38, 40.

4. Die Hautveränderungen sind schmerzhaft. Vermehrte Empfindlichkeit, Spannen, Brennen, Schmerz, Neuralgie u. s. w. Nach Beobachtungen von GILCHRIST ist der Schmerz dann besonders lebhaft, wenn es sich um Ausschläge auf den Händen handelt, während dagegen Reizungen der Rücken- und Bauchhaut schmerzlos verliefen. (Wir haben Fälle beobachtet, die diese Verallgemeinerung als unrichtig erscheinen lassen.) Fall 1, 17, 19, 22, 25 (sehr schmerzhaft), 29, 30, 33—36, 38, 39, 40, 5, 9, 11, 13, 15 (sehr schmerzhaft).

In drei Fällen — 9, 22 und 40 — war das Tastgefühl herabgesetzt. In einem Falle entwickelte sich eine besondere Sensibilität (vgl. Fall 40).

5. Verlauf und Heilung nehmen lange Zeit in Anspruch. Das Abblassen der Flecke, das Trockenwerden der Epidermis, ihre Abschilferung und Abstofsung, die Heilung der Geschwüre — das alles geht nur sehr langsam von statten. Fall 1, 6, 7, 10, 13, 15, 20, 24, 25, 29, 30, 33, 34, 35, 40.

Mehrfache solche Verbrennungen verleihen der Haut eine dunklere Färbung, sie wird dann auch faltig, schuppig u. s. w.

Die Dermatitiden nach X-Strahlen lassen auch eine Einteilung in akute und chronische Formen zu; erstere finden sich bei den der Durchleuchtung Unterzogenen und in den meisten der oben mitgeteilten Beobachtungen handelt es sich um solche Formen; letztere sind dagegen den Operateuren zu eigen (vgl. Fall 9, der die Herren OUDIN und RADIGUET betraf, ferner Fall 5, 8, 23). Ein gutes Beispiel hierzu liefert auch die folgende Beobachtung:

42. In zwei Fällen entstanden auf dem Handrücken erst nach andauernder Bestrahlung, die mehrere Monate lang stundenlang des Tags über anhielt, Veränderungen. Allerdings waren die angewandten Strahlen immer sehr kräftige und diese ausnahmsweisen Verhältnisse erklären sich aus dem Umstande, dafs es sich in beiden Fällen um Elektriker von Profession handelte, die gleich nach der Bekanntgabe der Röntgenschen Entdeckung sich mit Eifer dem Studium der neuen Strahlengattung zuwandten. Bei ihnen nun kamen die Veränderungen auf den Händen allmählich zu stande und erreichten im Laufe von zwei bis drei Monaten eine solche Höhe, dafs die beiden Herren zu ganz besonderen Vorsichtsmafsregeln bezw. zur Unterbrechung ihrer Arbeit gezwungen waren.

Bei beiden sind ausschliefslich die Hände befallen, weil diese fast allein der Strahleneinwirkung ausgesetzt waren. Die Haut ist glatt, glänzend, rot bis violett und erinnert etwas an die Verfärbung nach Frost. Sie fühlt sich pergamentartig hart an, ist etwas verdickt und läfst sich weniger leicht auf ihrer Unterlage verschieben. Dabei treten ihre Furchen und Rillen deutlich hervor und besitzen einen weifslichen, zum Teil ulcerierten Grund, sodafs ähnliche Schrunden wie unter der Einwirkung von Frost zu stande kommen. Die Epidermis ist schuppig und teilweise abgehoben. Bei einem der beiden Patienten ist auch die Haut der Hohlhand trocken, hart und von weifslichen Furchen durchzogen.

Von den Härchen auf dem Handrücken und den Fingern findet sich keine Spur mehr, die Stelle der Haarzwiebeln nehmen kleine schwarze Punkte ein. Bei einem

der Herren hat der Ringfinger an der Stelle, wo er von einem grofsen goldenen Ring bedeckt ist, sein normales Aussehen bewahrt, so dafs hier auf dem Fingerrücken noch ein kleiner Büschel Haare besteht — die einzigen, die auf der ganzen Hand übrig geblieben sind.

Auch die Nägel sind gründlich verändert, sie sind flach, dünn, zerbrechlich und werden wohl auch bald ganz weggebröckelt sein.

Durch die Starrheit der Haut ist die Beweglichkeit der Hand und der Finger etwas behindert; daneben besteht leichtes Zittern. Die Muskelkraft scheint hingegen nicht herabgesetzt und die Hände sind nicht abgemagert. Über eigentliche Schmerzen klagen die Patienten nicht, nur über ein Gefühl von Spannung, und bisweilen verspüren sie eine Empfindung von Druck in den Fingerspitzen, als ob sie zu enge Handschuhe anhätten. Das Tastgefühl ist bei beiden etwas vermindert und der eine von ihnen, der im ganzen stärker erkrankt ist, giebt an, er erkenne an einem eigentümlichen Gefühl von Hitze in seinen Händen nicht nur, sowie diese von den X-Strahlen beleuchtet würden, sondern auch den jedesmaligen Stärkegrad der Strahlen, und dieses Gefühl vermöge er von dem Stechen und Prickeln des elektrischen Stromes deutlich zu unterscheiden.

Die stetige, wenn auch langsame Zunahme des Leidens veranlafste uns, den beiden Herren zu raten, sie möchten, wenigstens zeitweise, ihre Arbeiten unterbrechen, damit sich nicht aus der einstweilen noch geringfügigen Störung eine ernste Krankheit, deren Heilung schwierig oder gar fraglich sein könnte, entwickele. (Académie des Sciences, 31. Mai 1897; nach Aufzeichnungen der Herren Paul Richer und Albert Londe mitgeteilt von d'Arsonval.)

Die Verletzungen entstehen leichter und sind ernsterer Natur, wenn den X-Strahlen solche Körperstellen ausgesetzt werden, die noch nicht ausgeheilt oder schon anderweitig erkrankt sind, wie das z. B. beim Lupus und bei verschiedenartigen Dermitiden, die man mit Hülfe der Röntgenstrahlen heilen wollte, beobachtet ist. Es wird aber auch, genau wie beim Sonnenlichte, die Haut der einzelnen Personen eine verschiedene Empfindlichkeit gegen die neuen Strahlen besitzen.

B.

Die schädliche Einwirkung der X-Strahlen kann sich auf die Epidermis und deren Anhängsel beschränken (Ausfall der Haupt- und Barthaare, Verlust der Nägel), und diese Wirkungen können ohne nachweisbare vorgängige Entzündung eintreten. Prof. Daniel von der Vanderbiltschen Universität war einer der ersten, der auf diese depilatorische Wirkung der X-Strahlen aufmerksam machte.

43. Bei einem mit Dr. Dudley angestellten Versuch — die Röhre stand $1^1/_2$ Zoll von den Haaren entfernt; Dauer der Sitzung eine Stunde — fielen drei Wochen später auf einer 2 Zoll im Durchmesser haltenden Fläche die Kopfhaare aus; die Stelle entsprach der früheren Einwirkung der Strahlen und liefs keine Spur von Entzündung erkennen.

Diese und ähnliche Beobachtungen veranlafsten zu der Auffassung, dafs wir in den Röntgenstrahlen ein vorzügliches Mittel zum raschen und schmerzlosen Entfernen der Haare besäfsen, ein Mittel, das man dreis

alle 2—3 Monate anwenden könnte. Damit wäre natürlich uns Dermatologen aufserordentlich gedient; wissen wir doch, wie unzuverlässig die Salben und alle sonstigen Mittel zur Haarentfernung sind, wie wenig auch die Elektrolyse auf diesem Gebiete leistet!

Leider aber wurden alle diese schönen Hoffnungen durch neuere Erfahrungen über den Haufen geworfen. Möglich, dafs die X-Strahlen auch nach dieser Richtung hin noch eine Zukunft haben; einstweilen über ist uns ihre Verwertung zu diesem Zweck verleidet. Denn die beabsichtigte Wirkung, die blofse Entfernung der Haare, wird von den X-Strahlen, wie weitere Beobachtungen gelehrt haben, häufig bei weitem überschritten; denn nicht nur die Haare fielen aus, sondern es kam auch zur Exfoliation der Haut, zur Brandschorfbildung u. s. w., so dafs man also von einer allgemeinen Verwendung der X-Strahlen zur Entfernung der Haare wohl oder übel absehen mufste. Dennoch würde man zu weit gehen, wollte man nun das neue Mittel für alle Fälle grundsätzlich verwerfen, denn es liegt doch schon mehr als eine Beobachtung vor, in denen durch die Röntgenstrahlen eine Epilation ohne sonstige Störungen abseiten der Haut bewirkt wurde (Fall 11, 42 u. s. w.). Umgekehrt bleiben in unseren Fällen die Wollhaare auf den entzündlichen Stellen meistens erhalten.

C.

Man hatte ursprünglich die Einwirkung der X-Strahlen auf die inneren Organe geleugnet und glaubte nicht, dafs nach einer Durchleuchtung auch viscerale Symptome auftreten könnten. Aber auch hier haben spätere Beobachtungen wieder gezeigt, dafs man zu voreilig geurteilt hatte.

44. Ein 7jähriges Kind wurde bald nach einem reichlichen Frühstück radiographiert. Colardeausche Röhre, 20 cm vom Epigastrium entfernt, 6—7 Ampères. Nachdem die Strahlen eine Viertelstunde lang auf den Bauch eingewirkt hatten, kam es zum Brechen. Die Sitzung wurde daraufhin für 15 Minuten unterbrochen, dann aber noch 45 Minuten lang fortgesetzt, ohne dafs weitere Zufälle eintraten. Aber noch nach zwei Monaten litt das Kind an Leibschmerzen, obschon es mit gutem Appetit afs und sonst über nichts zu klagen hatte, auch keine objektiven Störungen nachweisbar waren. (Oudin und Barthélemy.)

45. Wenn man sich sehr lange der Einwirkung der Röntgenstrahlen aussetzt, so kann es geschehen, dafs man unerträgliches Herzklopfen und einen ganz unregelmäfsigen Puls bekommt. Gaston Séguy hat diese Erfahrung nach zahlreichen Durchleuchtungen an sich selber gemacht, J. Quénisset an einer anderen Person, die er zum Zweck therapeutischer Versuche lange Zeit mit X-Strahlen behandelt hatte. Dieser letztere Patient klagte zuerst über starken Herzdruck, dann über sehr heftiges und unerträgliches Herzklopfen, das geradezu lebensgefährlich wurde, wenn die Strahlen durch die Brust gingen, und man mufste eine verhältnismäfsig dicke Metallplatte anwenden, um die leidenden Teile zu schützen. (Gaston Séguy und F. Quénisset.)

46. Ein 7jähriges, tuberkulöses Mädchen, das mehrmals je eine Stunde lang aktinographiert wurde, bekam nach der fünften Sitzung Brechen. Dasselbe wiederholte sich auch am nächsten Tage bei der sechsten Sitzung, wohingegen die späteren Versuche ohne Störung vertragen wurden. (Aussut Lille, Hôpital Saint-Sauveur.)

47. Ein 22jähriger Mensch, der in dem Geschäft von Radiguet angestellt war und namentlich den Verkauf von Röntgen-Apparaten zu besorgen hatte, wurde wegen seiner grofsen Magerkeit häufig zu Demonstrationen benutzt. Es scheint, dafs ihm Prof. Bouchard schon vor ein paar Monaten gesagt hat, er solle sich schonen, da er auf seiner linken Brustseite dunkle Flecken bemerkte. Der junge Mensch beachtete diesen Rat nicht weiter, da er nie husten mufste. Dagegen litt er viel an Herzklopfen und Kardialgie, was er auf die X-Strahlen zurückbezog. Er wurde dann als Vertreter auf die Brüsseler Ausstellung geschickt, wo er sich mehr als je zu Versuchen hergeben mufste. Dort erkrankte er dann plötzlich an Seitenstechen, Dyspnoe, heftigem Fieber, so dafs er nach Paris zurückkehren mufste, wo wir ihn mit einem akuten Anfall von Tuberkulose der ganzen linken Lunge, sowie der rechten Lungenspitze in Behandlung bekamen. In diesem Fall übten also die Röntgenstrahlen nicht nur keinen heilenden Einfluſs auf die Tuberkulose, sondern waren nicht einmal im stande, eine Verschlimmerung hintanzuhalten, haben sie vielleicht sogar noch befördert. (Oudin und Barthélemy.)

Auch in den schon mitgeteilten Fällen von Dermatitis nach Aktinographie finden sich zum Teil funktionelle Störungen innerer Organe verzeichnet. (Fall 4, Gesichtsstörungen; Fall 6, 17, 20, Übelbefinden Brechen u. s. w.)

Vielleicht hat die schädliche Wirkung der Röntgenstrahlen bereits auch noch speziellere Folgen gehabt; so machte Foret aus Havre der Académie am 12. April 1897 eine Mitteilung, wonach sich bei einem Patienten nach der Durchleuchtung Abscesse entwickelt hatten.“ (Ein grofser Teil derartiger Beobachtungen stammt freilich von Laien.)

Der zuletzt mitgeteilte Fall ist aber, wie Prof. Lannelongue bemerkt, nicht ganz beweisend. Es hätte festgestellt werden müssen, dafs die Abscesse nicht schon vorher vorhanden waren, dafs sie keine spezifischen Bacillen enthielten u. s. w. Wir haben den Fall auch nur der Vollständigkeit halber hier erwähnt.

Überblicken wir zum Schluſs alle bekannten Beobachtungen, so erklären sich die einzelnen Zufälle aus

einem zu starken elektrischen Strom,
einer zu geringen Entfernung der Haut von der Röhre,
der Dauer der Durchleuchtung,
zu rascher Wiederholung der Sitzungen,
individuellen Verschiedenheiten,
einer bereits vorhandenen Erkrankung der Haut.

Aber keiner dieser Umstände erzeugt allemal mit Bestimmtheit irgend eine Verletzung; andererseits kann letztere auch erfolgen, ohne dafs eine der genannten Bedingungen erfüllt ist.

Zum Schlufs stellen wir noch einmal die wichtigsten Eigenschaften der durch Röntgenphotographie bewirkten Verletzungen zusammen:

Sie erfolgen nicht unmittelbar bei der Einwirkung, sondern immer erst einige Zeit später; sie heilen sehr langsam aus, bereiten heftige Schmerzen u. s. w.

Läfst sich nun aus dieser Symptomatologie die wahre Ursache der Erkrankungen ableiten? Leider sind wir noch nicht so weit. Es sind bereits zahlreiche, wohl zu erwägende Theorien über den Mechanismus der Störungen aufgestellt, aber es sind bis jetzt eben nur Theorien.

Abteilung III.

Besprechung der Theorien und Deutung der Thatsachen.

Welche Art der Störung man auch immer ins Auge fafst, ob man sich mit den akuten Formen beschäftigt, die bereits nach einer oder mehreren Sitzungen entstehen, oder mit der chronischen Dermitis, welche man bei denen beobachtet, die infolge ihres Berufes fast täglich mit den Crookesschen Röhren hantiere, — eins fällt sofort auf: das ist die Unbeständigkeit, mit der die Entzündungen auftreten, so dafs von zwei Individuen unter den nämlichen Bedingungen das eine erkrankt, das andere verschont bleibt.

Allerdings bleiben Entzündungen selten aus, wenn die einzelne Sitzung zu lange dauerte oder die Bestrahlungen sich zu sehr häuften oder der Abstand von der Röhre zu gering war, und hier handelt es sich allemal, wie Apostoli hervorhebt, um ein Verschulden des Operateurs, das, wie gesagt, selten ohne Folgen bleibt. Aber wie viel zahlreicher sind hingegen jene Fälle, in denen solche Versuchsbedingungen, die für gewöhnlich ohne Schaden vertragen werden, bei einem bestimmten Individuum ernste Störungen verursachen. Können wir zur Erklärung hierfür auch nur die Idiosynkrasie beschuldigen, die man allemal anruft, wenn man mit seiner Weisheit zu Ende ist? Gewifs ist im allgemeinen die Verletzlichkeit der Haut eine individuell verschiedene, wie wir das ja auch von den Toxidermien, den medikamentösen und professionellen Dermitiden her wissen. Aber mit dieser Erkenntnis kommen wir nicht viel weiter aus der Stelle. — Sicher ist dabei auch der gerade herrschende Zustand der Haut, ihre relative Trockenheit oder Feuchtigkeit, das Vorhandensein frischer Narben von Bedeutung für unsere Frage.

Ob die Länge und die Häufigkeit der Bestrahlungen wirklich den wichtigsten Faktor bei dem Zustandekommen der Entzündungen abgeben, ist auch noch fraglich, denn wie die Erfahrung lehrt, genügen oft schon wenige, ja nur eine einzige, dazu noch kurzdauernde Sitzung, um Veränderungen zu bewirken. Uns will es fast scheinen, als ob der Abstand der Röhre von den Geweben von viel gröfserer Bedeutung sei;

denn so oft wir unsere Röhre bis zu 5 cm den Geweben genähert hatten, entstand eine unverkennbare Reizung der Haut, und zwar war das bei allen Röhren dasselbe, selbst bei ganz schwach bewaffneten. Auch die sehr schweren Zufälle, die APOSTOLI beobachtet hat, entstanden bei einer alten Röhre ohne Focus, die nur sehr wenig X-Strahlen lieferte; aber diese Röhre war nur 5 cm von der Haut entfernt. (Fall 10 und 11.) Ebenso handelte es sich im Fall 7 von BUGUET um Personen, die nur 3—5 cm entfernt von einer kleinen COLARDEAUschen Röhre aufgestellt waren; die Röhre wurde von einer Maschine gespeist, die nur 1 Ampère Stärke und nur 5—6 cm Funkenlänge hatte. Dagegen haben wir mit unseren jetzigen grofsen Röhren, die mit einem Apparat von 9—10 Ampère und 50 cm Funkenlänge verbunden sind, niemals Nachteiliges erlebt, weil wir die zu untersuchenden Personen immer mindestens 50 cm vom Apparat entfernt aufstellen.

Nach unseren Berechnungen scheint es, als ob der Grad der Verletzung im umgekehrten kubischen Verhältnis zur Entfernung steht, und nicht im quadratischen, wie beim gewöhnlichen Licht und der Wärme.

48. Bei einem jungen Menschen mit Oberschenkelfraktur ohne genügende Callusbildung rückten wir unsere Röhre bis auf 25 cm an den Schenkel heran, um, dem Rat BOUCHARDS folgend, auf diese Weise eine gewisse Reizung der Bruchenden zu erzielen. Die nächste Folge war eine leichte Rötung der Haut, die wir dann im weiteren vermieden, als wir die Röhre auf 40 cm entfernten. Nebenbei bemerkt, schien der Versuch, der aus abseits liegenden Gründen zu früh abgebrochen werden mufste, nicht ungünstig eingewirkt zu haben. Denn nach ungefähr zehn Sitzungen von je einer halben Stunde Dauer war eine Verdickung der Bruchenden unverkennbar. Der Bruch war schon sechs Monate alt und hatte bis dahin nicht die geringste Neigung zur Heilung gezeigt.

Man hat die Schädigung durch X-Strahlen mit derjenigen, die durch Sonnenlicht hervorgerufen wird, in Parallele gestellt. Wie letztere, so vermag auch die erstere schmerzlos zu bleiben und sich auf die Epidermis und deren Pigment zu beschränken. Es entstehen dann Verfärbungen ähnlich wie Sommersprossen, wie das Chloasma solare, wie nach Sonnenbrand. Erforderlich ist dazu nur, dafs die Pigmentzellen zu starker Thätigkeit angeregt werden, wobei zu bedenken ist, dafs nicht alle Zellen dieser Anregung gleichmäfsig nachgeben. Auch schwankt das Verhalten bei den einzelnen Individuen je nach der Beschaffenheit ihrer Haut. Aus diesem Gesichtspunkt wird die folgende Erklärung, die der Physiker WILLIAM CROOKES in einer der diesjährigen Sitzungen der Akademie der Wissenschaften abgegeben hat, erst verständlich: „Obschon er selber und sein Assistent immer mit den Röntgenstrahlen arbeiteten, hatten sie nie darunter zu leiden, während die meisten übrigen Experimentatoren Verbrennungen davon trugen oder doch wenigstens eine Schwärzung ihrer Nägel beobachteten.“

Zuweilen ist also die Schädigung durch die neuen Strahlen nur eine ganz geringfügige, zuweilen dagegen, bei geeigneten Personen kann sie ernste, dauernde Störungen hervorrufen.

Die elektrische Wirkung verhält sich wie die Wirkung der Sonne. Diese Thatsache hat Prof. LANNELONGUE durch folgenden Versuch festgestellt: „Mehrere Kinder, die mit kranken Kindern zusammen im Krankenhause waren, zeigten plötzlich an verschiedenen Körperstellen, die durch Kleidungsstücke nicht geschützt waren, Verbrennungen, welche zum Teil recht ernste Folgen hatten. Dabei hielten sie sich meistens im Schatten auf, in einem kleinen Hof, der nur von oben Sonnenlicht erhielt. Die Untersuchung zeigte, dafs an diesen Verbrennungen die Zurückstrahlung der Sonnenhitze durch den Boden schuld war. Als man nun Schirme von Strontianglas anwandte, wurde das Zurückwerfen der Sonnenstrahlen vermieden. Das scheint doch auf jeden Fall zu beweisen, dafs das Sonnenlicht eigentümliche Strahlen enthält, die ganz wie die X-Strahlen schädlich auf den menschlichen Körper einwirken; es handelt sich dabei namentlich um chemische Wirkungen, die auf die Gewebe einen ausgesprochen elektiven Einfluſs haben.

Auch KAPOSI hat gelegentlich einer Diskussion in der königlichen Gesellschaft der Ärzte zu Wien den nämlichen Vergleich gezogen und angenommen, dafs die X-Strahlen eine Erweiterung mit nachfolgender Lähmung der Gefäfse erzeugen, ebenso wie bei der Insolation die ultravioletten Strahlen Erythem und Hypersekretion der Drüsen hervorrufen, letzteres als Folge einer vorhergehenden Störung der Gefäfsinnervation.

Für dieses analoge Verhalten der chemischen und der X-Strahlen spricht auch eine Beobachtung von Dr. THOMSEN. Nach diesem Autor sind es die Röntgenstrahlen selber oder eine ihnen innewohnende Eigenschaft, die die Veränderungen der Gewebe bewirken, und er stützt seine Ansicht darauf, dafs in einem Versuch, den er anstellte, nur diejenigen Teile seiner Hand, die mit einem blauen, für ultraviolette Strahlen durchlässigen Glase bedeckt waren, beschädigt wurden. (Vergl. Fall 29.)

Im Vorbeigehen sei hier daran erinnert, dafs RADIGUET 1897 dem Institut Mitteilungen über ein zusammengesetztes Glas machte, durch das man sich ganz wirksam gegen die X-Strahlen soll schützen können.

Hier sei auch die Erklärung von TESLA, wie sie GILCHRIST mitteilt, kurz erwähnt. TESLA nimmt an, dafs nicht die neuen Strahlen selber schädigen, sondern der Ozon, der sich unter ihrem Einfluſs bildet und der um so mächtiger wirken soll, je heifser und feuchter die Haut ist. — Vielleicht sind der Grad der Hauttrockenheit und die Beschaffenheit des Schweifses wirklich von einiger Bedeutung für das Zustandekommen von Entzündungen.

TESLA hat auch noch eine andere Vermutung aufgestellt, dafs näm

lich die Elektroden, besonders wenn sie von Aluminium sind, einen katalytischen Einfluſs ausübten. Die Ozon-Theorie scheint nun aus zwei Gründen unannehmbar zu sein. Einmal hat der eine von uns, der seit Jahren den therapeutischen Einfluſs des Ozons studiert und monatelang täglich mit Apparaten hantierte, die groſse Mengen von Ozon erzeugten, niemals auch nur annähernd eine solche Schädigung von Seiten seiner Haut oder eines anderen Organs verspürt, wie sie sich bei ihm einstellten, nachdem er nur wenige Wochen sich mit den X-Strahlen beschäftigt hatte. Und zweitens erzeugt die Crookessche Röhre bei den gewöhnlichen Versuchsanordnungen niemals Ozon. Wir haben stundenlang präpariertes Papier nur wenige Centimeter von einer in Arbeit begriffenen Röhre angebracht; es färbte sich aber nicht mehr als wie an jedem Punkt des Zimmers. Das bischen Ozon, das sich wirklich bildet, rührt von den Strömen her, die aus den Drähten des Apparates sich verflüchtigen.

Die Zersetzung der Elektroden bleibt auf den Innenraum der Röhre beschränkt. Ganz genaue Messungen haben nämlich ergeben, daſs die Gewichtsabnahme der Elektroden selbst nach häufigen und langdauernden Sitzungen eine verschwindend geringe ist. Nur die Innenfläche der Glasröhre färbt sich nach sehr langem Gebrauch violett oder braun, je nachdem Kupfer oder Platin zur Verwendung kam. Auſserdem sei hier auch wieder daran erinnert, daſs einer von uns,[1] der dieses molekulare metallische Bombardement unter Verhältnissen beobachtete, in denen es ganz energisch vor sich ging, niemals durch dasselbe benachteiligt wurde, trotzdem es sich bei der mikroskopischen Untersuchung herausstellte, daſs Haut, die unter gewissen Bedingungen mit starken Strömen behandelt war, von Metallstaub wie tätowiert erschien.

Dr. F. C. Gilchrist hat in seiner interessanten Arbeit über einen Fall von Dermatitis nach X-Strahlen mit allen Einzelheiten eine sehr merkwürdige Beobachtung mitgeteilt, die man lesen muſs und die wir deshalb unter No. 35 kurz erwähnt haben. Der in Frage kommende Patient konnte seine Fingergelenke nur unter Schmerzen und nur unvollkommen bewegen; die Finger waren steif und sahen um die Gelenke herum geschwollen aus. Auch war die ganze kranke Hand im Vergleich zur gesunden merklich verdickt. Mikroskopisch lieſs sich nachweisen, daſs die Haut frei von Fremdkörpern war (man hatte nämlich an die Möglichkeit gedacht, daſs Platinteilchen aus der Röhre in das Gewebe gedrungen seien). Bei genauerer Untersuchung stellte es sich nun aber heraus, daſs eine Periostitis und wahrscheinlich auch eine Entzündung der Knochen vorlag, und daſs diese Entzündung an den Hautveränderungen Schuld hatte.

[1] Über die Fortbewegung der Metalle mittelst des elektrischen Stromes. Oudin, *Société d'Electrothérapie.* März 1894.

Diese Thatsachen nun sprechen nach GILCHRIST (aus Casanta) gegen die Ozon-Theorie sowohl wie auch gegen die ultravioletten Strahlen und die Annahme einer Sonnenstichwirkung u. s. w.; denn so tief sitzende Störungen könnten seiner Meinung nach durch alle diese Einflüsse nicht erzeugt werden. Er pflichtet vielmehr der Meinung von AMES, Professor der Physik an der Johns Hopkins Universität, bei, der in der Strahlenwirkung drei Elemente, die Ätherwellen, die Kathoden- und die X-Strahlen unterscheidet (die alle drei in die umgebende Luft übertreten können) und kommt zu folgendem Schlufs: Die Entzündungen sind bald eine Folge von Metallteilchen (Platin), die in die Gewebe eindringen, bald eine Wirkung von Kathodenstrahlen, von den eigentlichen X-Strahlen werden sie aber niemals hervorgerufen.

CH. ED. GUILLAUME nimmt an, dafs es sich um Ernährungsstörungen der Zellen infolge von Absorption der X-Strahlen handle; diese nämlich wirken zersetzend auf die organischen Flüssigkeiten und die auf diese Weise frei werdenden alkalischen oder sauren Stoffe wirken ihrerseits zersetzend und desorganisierend auf die Gewebe ein. (*Science Française.* 8. Januar 1897.)

Will man nun die Röntgenstrahlen selber für die Schädigungen nicht verantwortlich machen, so hat man unseres Erachtens in nächster Nähe einer arbeitenden CROOKESschen Röhre zwei Kraftquellen, denen wir wenigstens eine grofse Bedeutung beizumessen geneigt sind. Wir meinen einmal das elektrostatische beständig oscillierende Feld in der Umgebung der Röhre. Von letzterer gehen kräftige Wellen aus, die sich nach allen Richtungen hin verbreiten, besonders aber nach demjenigen Punkt, der dem antikathodischen Herd gegenüber sich befindet. Alle Gegenstände, welche diese Stelle einnehmen, müssen daher heftigen Erschütterungen ausgesetzt sein und es läfst sich schon denken, dafs dadurch in sozusagen brutaler Weise das elektrostatische Potential der Zellen verändert wird.

Bei einem unserer Meerschweinchen haben wir ohne Erfolg ein dünnes, mit der Erde verbundenes Aluminiumblatt zwischen Haut und Röhre geschoben. Aber dieser negative Erfolg beweist nichts, wie wir ganz wohl wissen, da es sich hier ja um kreisrunde, koncentrische Wellen handelt. Zu unserem Zweck hätten wir das ganze Tier in einen Aluminiumkäfig bringen müssen — ein Versuch, den wir vielleicht noch anstellen werden.

Um eine CROOKESsche Röhre herum befindet sich aber auch, wie KERDA gezeigt hat, eine oscillierende magnetische Zone, und von D'ARSONVAL haben wir jüngst erfahren, dafs durch dieselbe tiefgreifende Störungen in den organischen Geweben hervorgerufen werden können. Vielleicht ist auch dieser Umstand bei der Genese der uns hier beschäftigenden Zufälle von Einflufs.

Abgesehen nun aber von allen diesen Hypothesen und von der letzten physischen Ursache dieser Entzündungen bleibt doch noch die Frage zu erörtern, durch welchen Mechanismus letztere zu stande kommen. Wir möchten hier in erster Linie auf das Ergebnis eines Versuches hinweisen, das uns für die hier verhandelte Frage von gröfster Wichtigkeit zu sein scheint und über das im Mai 1897 von Briau und Morat der Société des Sciences médicales zu Lyon berichtet wurde. Wir meinen den Versuch, betreffend die Durchschneidung der hinteren Wurzeln der Lumbalnerven und die darauf folgenden trophischen Störungen:

„Bei drei Hunden, bei denen die hinteren Wurzeln der beiden letzten Lumbalnervenpaare zwischen Ganglion und Markansatz der Wurzeln durchschnitten waren, stellten sich zwei Monate später trophische Störungen der Pfoten ein; es bildeten sich Geschwüre ähnlich dem Malum perforans plantae, die Nägel fielen ab u. s. w. — Nach Morat ist der Zusammenhang zwischen der Verletzung der hinteren Wurzeln und den trophischen Störungen unverkennbar; denn die Durchschneidung der entsprechenden vorderen Wurzeln machte keinerlei Erscheinungen. Auch läfst sich das Zustandekommen der Störungen nicht durch eine Beschädigung des Spinalganglion erklären, denn weder dieses noch der sensible Nerv vermögen im unversehrten Zustand die Ulceration zu verhindern. Vielmehr müssen wir eine funktionelle und keine trophische Umstimmung des Nerven annehmen. Vielleicht dürfen wir auch vermuten, dafs vom Rückenmark Nerven für noch ungekannte Funktionen der Haut ausgehen."

Wir meinen nun, dafs es sich bei den durch X-Strahlen verursachten Symptomen um ähnliche ursächliche Erscheinungen handelt. Mit anderen Worten: Wir glauben nicht, dafs die Veränderungen auf der Haut primär, durch blofse örtliche Einwirkung auf die Zellen der Cutis und Epidermis zu stande kommen, sondern wir halten dafür, dafs sie erst auf trophoneurotischem Umweg entstehen; und zwar spielt sich unseres Erachtens diese Trophoneurose nicht ausschliefslich in den Endverästelungen der Hautnerven ab, sondern entwickelt sich zuerst während einer Periode, die man ganz gut die Incubationszeit nennen könnte, central und bewirkt erst später die beschriebenen trophischen Störungen.

Zur Stütze dieser mehr physiologischen als physikalischen Auffassungsweise lassen sich verschiedene Punkte anführen, und zwar:

1. die Analogie mit dem Vorgang nach Durchschneidung eines peripherischen Nerven. Erfolgen nach diesem Eingriff überhaupt trophische Hautstörungen, so erscheinen sie bekanntlich immer erst kürzere oder längere Zeit, vierzehn Tage bis zwei Monate später;

2. die Hartnäckigkeit der nach einer Durchleuchtung auftretenden Störungen, die Langsamkeit, mit der sie heilen, und auch ihre Neigung zu Rückfällen selbst dann noch, wenn ihre Ursache schon lange zu wirken

aufgehört hat. Man erinnere sich nur des Patienten von APOSTOLI, bei dem die bereits vernarbten Geschwüre sich auf Kosten der Narben von neuem mit Brandschorfen bedeckten, nachdem durch mehrere Monate keine Bestrahlung mehr stattgefunden hatte;

3. das auch von uns berichtete Auftreten von Geschwüren u. s. w. längere Zeit nach den Sitzungen, und zwar an Hautstellen, die zwar nicht der durchleuchteten Stelle entsprechen, immer aber in das betreffende Nervengebiet fallen;

4. die peripheren Cirkulationsstörungen, die der chronischen Dermitis voraufgehen und sich durch Röte, Cyanose, kolbenförmige Finger u. s. w. äufsern;

5. das Zittern, die Veränderungen des Tastgefühls, die Paraplegien, die wir bei unseren mit X-Strahlen behandelten Meerschweinchen beobachteten. Bei einem von ihnen erschien die Paraplegie länger als eine Woche vor den Hautsymptomen; das Tier war an seinem Hinterkörper schon gelähmt, noch bevor Rötung, Schuppen- und Krustenbildung sich zeigten oder die Haare anfingen auszufallen. All' das trat erst 10—14 Tage später ein; die Paraplegie war drei Wochen nach der ersten Bestrahlung entstanden.

Eine weitere Bestätigung unserer Anschauung findet sich in einer Mitteilung, die DESTOT am 7. Mai 1897 der Académie des Sciences machte. DESTOT gelangt nämlich zu den gleichen Schlufsfolgerungen wie wir und äufsert sich folgendermafsen: „Die verlängerte Einwirkung der X-Strahlen bewirkt trophische Störungen, die bald in einem einfachen Erythem, bald in einem Abscefs, in Phlyktänen, Geschwüren u. s. w. bestehen. Man hat aber dieses Verhalten zu sehr in Parallele mit der Einwirkung des Sonnenstichs gestellt. Beide Arten von Entzündung sind aber in mehrfacher Hinsicht voneinander verschieden, denn bei ersteren handelt es sich, wie ich experimentell nachweisen konnte, um Störungen, die von den sensiblen Nerven ihren Ausgang nehmen, auf das Rückenmark zurückwirken und dann erst sekundär durch Gefäfsveränderungen die genannten Störungen herbeiführen."

Abteilung IV.

Vergleichung der aktinographischen Dermitis mit der elektrischen Verbrennung.

Das Studium der durch die X-Strahlen gesetzten Veränderungen und ihrer Symptomatologie soll hier noch eine Ergänzung finden, indem wir sie mit den Hauterscheinungen vergleichen, wie sie nach der Einwirkung hochgespannter Ströme seitens der mächtigen Dynamo-Maschinen der modernen Industrie zu Tage treten, auf welchem Wege bekanntlich

ebenso schwere Verletzungen entstehen, wie nach der Einwirkung von Kälte, von schneidenden Instrumenten u. s. w.

Fall 1. Hautentzündung nach Einwirkung des elektrischen Lichts. (Heftiger elektrischer Sonnenstich. Verbrennung ersten Grades). Erythem.

2. Dezember. Strahlung eines Bogens bei 400—450 Ampère, was 80 Volta entspricht, wovon 40 im Bogen. Ich stand 1½ Meter entfernt und beobachtete durch zwei rote und ein gelbes Glas, um jede Reizung von Gesicht und Augen zu vermeiden: Dauer ungefähr 3 Minuten. — Nach einer halben Stunde stellte sich lebhafter Pruritus ein. In der Nacht etwas lästiges Brennen.

3. Dezember. Während des ganzen Tages Schmerzen; etwas dunkelrote Färbung.

13. Dezember. Abschuppung.

17. Dezember. Es besteht nur noch etwas dunkle Farbe und kleiige Abschuppung.

Fall 3. Elektrischer Bogen 450 Ampère. Dauer der Sitzung eine halbe Stunde. — Den Tag über weder Schmerz noch Rötung., aber während der folgenden Nacht zwischen 3—4 Uhr Brennen und Stechen. Am folgenden Morgen ist der ganze Vorderarm lebhaft gerötet, nur ein kleiner dreieckiger Hautbezirk ist dadurch, dafs er durch einen hervorspringenden Muskel geschützt wurde, weifs geblieben. Aufserdem geringe Schwellung, unbedeutendes Schmerzgefühl: dasselbe steigert sich aber am nächsten Tage zu lästigem Spannen, Stechen, Brennen. Später erfolgt Abschuppung. Terrière.

Fall 3. In einem Fall von Faucher bildeten sich Phlyktänen wie bei einer Verbrennung zweiten Grades; später bildete sich eine neue Haut.

Derartige Hautveränderungen richten sich

1. nach der Spannung des elektrischen Bogens;
2. nach der Dauer der Einwirkung;
3. nach dem Widerstand der Haut, wie bei den Sommersprossen.

Die Verbrennungen ersten Grades infolge Ausstrahlung des elektrischen Lichts sind nach ihrem Aussehen und nach ihren allgemeinen Symptomen von den Verbrennungen des nämlichen Grades nach direkter Einwirkung des elektrischen Bogens auf die Haut ganz verschieden. Vielleicht ist hierfür die Ursache, dafs der elektrische Sonnenstich namentlich von den chemischen Strahlen des elektrischen Lichts herrührt, während die Verbrennungen durch Ströme oder durch direkte Einwirkung des elektrischen Bogens vielmehr eine Folge der Hitze wären.

Die Ursachen dieser Verbrennungen.

In der Industrie kommen durch konstante und durch inducierte Ströme Verbrennungen vor; die Klinik kennt keinen Unterschied zwischen beiden Arten von Verbrennungen. — Die Stärke des Stromes steht nicht immer im Verhältnis zu seiner Wirkung; Ströme von 5000 Volta erzeugen zuweilen nur oberflächliche Verbrennungen, während umgekehrt von Strömen von nur 500 Volta Spannung manchmal tiefgreifende Zerstörungen gesetzt werden.

Die einzelnen, den Unfall begleitenden Umstände sind von grofser Wichtigkeit, desgleichen die Dauer und der Grad der Berührung, der Feuchtigkeitsgrad der Haut, ob sie schmutzig ist u. s. w.

Das Aussehen der elektrischen Verbrennungen.

Falls es sich nicht um eine ganz geringfügige augenblickliche Verbrennung handelt, so erscheint sie immer erst einige Zeit später, ohne dafs Schmerz, Röte u. s. w. aufgetreten wären.

a) Alle Gewebe, von der Epidermis bis zu den Knochen, können beteiligt sein.

b) Die Verbrennungen sind oberflächlich oder dringen in die Tiefe (Keine Phlyktänen.)

c) Es handelt sich dabei um kleine, runde, mehr oder weniger polygonale Flecke von grauer oder Schieferfarbe; sie besitzen unregelmäfsige Ränder mit einem kleinen weifsen Saum; das Centrum erscheint zuweilen schwärzlich.

d) Bald sind sie pergamenthart, bald weich und nachgiebig (je nach dem einwirkenden Pol?). Von der gesunden Umgebung sind sie deutlich abgegrenzt.

e) Sie sind nicht schmerzhaft. (Indolenz des Brandschorfs).

Donnelan (*Medical News*, Philadelphia 1894) hat unter der Überschrift: „Ein Fall von elektrischem Schlag durch 1000 Volta Spannung, keine Schmerzempfindlichkeit" eine Beobachtung mitgeteilt. Hier kam es zuerst zu Erbrechen, Schweifs, Coma, farblose Züge, Erweiterung und Starre der Pupillen, stertoröses, unregelmäfsiges Atmen, anscheinender Tod. Wiederbelebung nach künstlicher Atmung; es bleiben nur starke Verbrennungen nach.

Die Unempfindlichkeit kann während der ganzen Dauer der Vernarbung erhalten bleiben. *British Medical News*, London 1895.

Shield und Delpuie haben Präparate von Haut, die durch elektrische Einwirkung oberflächlich verbrannt war, mikroskopisch untersucht, haben aber an dem Vernarbungsprozefs nichts gefunden, wodurch man diese Verbrennungen von anderen unterscheiden könnte.

f) Fieber oder örtliche Reaktion werden nie beobachtet, falls die Verbrennungen nicht noch nachträglich einer Infektion ausgesetzt werden.

g) Die Brandschorfe zeigen keine grofse Neigung sich abzustofsen und brauchen zu ihrer Heilung immer recht lange Zeit.

h) Die nachbleibende Narbe ist weifs oder rosa, glatt, grade, ohne

Verzerrungen. Zwischen den einzelnen Narben befindet sich gesundes Gewebe.

In einem Fall entwickelte sich nach der ersten Woche eine progressive Muskelatrophie beider Oberextremitäten.

Die Einwirkung hochgespannter Ströme (1000—5000 Volta) auf das Nervensystem besteht in elektrischem Shock, in Ohnmacht, in Atmungsstillstand, oder einfach in Hysterie, wie nach Eisenbahnunfällen. (*Railway-Brain and Spine.*) TH. DE BÉRAUD.

Abteilung V.

Experimente und mikroskopische Untersuchung.

Leider war es uns nicht vergönnt, durch Biopsie aus den Entzündungsherden Präparate zum Zweck mikroskopischer Untersuchung zu gewinnen. Dagegen hat DARIER aus einem brandigen Lappen, der sich von der periumbilikalen Gangrän von APOSTOLIS Patienten abgestofsen hatte, Präparate angefertigt. An diesen Präparaten erkannte man unter dem Mikroskop, dafs der trockene Brand ein vollkommener war. DARIER fand aber weder an den Nerven, noch an den Gefäfsen, noch sonst wo irgend etwas Abnormes, wonach man hätte vermuten können, dafs es sich hier um eine andersartige Gangrän handle; vielmehr bestand vollendete Gangrän der Cutis und Subcutis, mehr nicht.

Dieser Befund brachte OUDIN und mich auf den Gedanken, Versuchstiere unter die nämlichen Bedingungen zu bringen, unter denen die radiographierten Menschen ihre Hautentzündungen bekommen hatten. Auf diese Weise war es vielleicht möglich, über die Ursache der Verletzungen Klarheit zu gewinnen und auf jeden Fall konnten wir auf diesem Wege, Dank der Biopsie, Präparate erhalten, in denen die einzelnen anatomischen Elemente und Bestandteile durch fortschreitende Gangrän noch nicht unkenntlich geworden waren.

Die histologischen Untersuchungen fanden nicht immer gleich systematisch nach einer Bestrahlung statt.

Im folgenden stellen wir das Ergebnis unserer Untersuchungen, die sich auf Kaninchen und Meerschweinchen erstreckten, zusammen. Diese Zusammenstellung verdanken wir Herrn GAGNIÈRE, dem Assistenten unserer Abteilung.

St. Lazare. Abteilung von Dr. BARTHÉLEMY.

Ergebnis der Versuche mit Meerschweinchen.

Im ganzen wurden 5 Meerschweinchen verwandt, 3 Angora und 2 andere.

Meerschweinchen A., nicht Angora, wurde am 30. März 1897 zwei Centimeter von der Röhre entfernt 20 Minuten lang auf seiner linken Gesäfsgegend bestrahlt. Schon nach einer Viertelstunde sucht das Tier seinen Platz zu ändern und sich umzudrehen, als ob es in der bestrahlten Gegend Schmerz hätte.

Am 9. April wird der Versuch unter den nämlichen Bedingungen wiederholt. Gegen das Ende der Sitzung etwas Unruhe. Weitere Folgen stellten sich bei diesem Tier aber nicht ein.

Meerschweinchen B., nicht Angora, wurde am 31. März eine halbe Stunde lang mit dem linken Gesäfs in 1 cm Abstand von der Röhre gehalten. Während der ganzen Zeit etwas Dyspnoe. Nach 20 Minuten bewegt sich das Tier und entfernt sich um 2½ cm von der Röhre; in dieser Entfernung verweilt es 5 Minuten und wird dann wieder auf 1 cm genähert. — Am 10. April Wiederholung des Versuchs; das linke Gesäfs berührt die Crookessche Röhre beinahe. — 6. Mai erneuerte Bestrahlung während einer halben Stunde. Das Tier scheint während der ganzen Zeit keinerlei Unbehagen zu empfinden. — Am linken Gesäfs ist die Temperatur merklich erhöht. — In den nächsten Tagen scheint das Tier an der bestrahlten Stelle empfindlicher zu sein.

Meerschweinchen C., Angora, wird am 8. April eine Stunde lang bestrahlt und wirft am 30. April drei tote Tierchen. Keine Veränderung an seinen Haaren.

Meerschweinchen D., Angora, blau und rot gefärbt. Bestrahlung am 10. und 12. Mai je eine Stunde lang.

Meerschweinchen E., Angora, wird am 26. Juni über eine Stunde sehr kräftigen Strahlen ausgesetzt.

Die Meerschweinchen B., D. und E. wurden zwecks weiterer Versuche Herrn Darier übergeben. Diese Untersuchungen wurden am 27. Juli abgeschlossen und hatten folgendes Ergebnis:

Meerschweinchen B. wurde am 12. Mai 1897 abermals bestrahlt, ohne dafs in der Folge die Haare ausfielen oder sonstige Störungen sich einstellten.

Meerschweinchen D. wurde am 12. Mai 1897 eine Stunde lang starken Strahlen ausgesetzt. Linkes Gesäfs. Nach einigen Tagen wird auf dem Gesäfs eine rote, oberflächliche Kruste, ähnlich wie nach einer Verbrennung bemerkt; dieselbe stöfst sich nach 4—5 Tagen ab. Hyperästhesie des ganzen Hinterteils und eines Teils des Rückens, aber keine Paraplegie.

10. Juni. An der linken Hüfte Alopecie; die Haare fallen in grofsen Büscheln aus, die Epidermis ist schuppend; es besteht weder Röte noch Brandschorf. Sonst nichts Abnormes.

12. Juni. Die Alopecie hat etwas zugenommen. Biopsie eines grofsen Lappens der äufsern Fläche des linken Oberschenkels; derselbe ist der kahlen Stelle entnommen, umfafst aber auch einen kleinen Streifen behaarter Haut. Vergleichshalber wird auch aus der entsprechenden Stelle des rechten Oberschenkels ein Lappen ausgeschnitten.

15. Juni. Die Alopecie hat sich noch bedeutend ausgedehnt und entfernt sich um 1 cm von dem Wundrand; die Nath hat die Haut durchschnitten; die Heilung erfolgt ohne Krustenbildung.

29. Juni. Die Hautwunde rechts ist geheilt. Rings um die Narbe herum und dieselbe koncentrisch einschliefsend, ist eine 6 mm breite Zone von Alopecie entstanden. Links bleibt die Alopecie bestehen; die frühere Operationswunde ist hier durch eine Kruste gekennzeichnet. — Die Alopecie wird links von gewundenen, unregelmäfsigen Rändern begrenzt und ist eine vollkommene, indem in der Mitte kein einziges Haar mehr vorhanden ist; nach den Rändern zu stöfst man dagegen auf einzelne Haare oder auf Büschel von solchen. Dieselben lassen sich leicht ausziehen; unter dem Mikroskop erkennt man, dafs ihr bulbäres Ende verdünnt ist und kein Pigment mehr besitzt; der Bulbus ist voll, aber sehr weich. Übrigens verhält es sich mit den Haaren, die aus Kopf und Hals ausfallen, ebenso. Nur ist hier bei

einigen die Verdünnung nicht so ausgeprägt und der Conus etwas verlängert, zum Zeichen, dafs die Atrophie hier etwas weniger raschen Verlauf nimmt; im ganzen freilich besteht kein grofser Unterschied. Die kahle Haut besitzt eine ganz zarte Abschuppung und ist anscheinend etwas verdickt. Das Pigment ist ganz ungleichmäfsig verteilt (das Meerschweinchen ist dreifarbig, weifs, gelb und schwarz), scheint aber sonst nicht verändert. Es besteht weder Röte noch Störung der Sensibilität.

24. Juli. Die Alopecie des rechten Oberschenkels ist verschwunden; links besteht sie noch weiter; sie mifst hier 1 cm bezw. 4 cm, umfafst die ganze äufsere Fläche des Oberschenkels und reicht nach abwärts über den Unterschenkel bis nahe an das Fufsgelenk heran, nach vorwärts bis zur Haut der Flanke und der Rippen; sie hat also noch weiter zugenommen. Von der behaarten Haut ist die kahle Stelle nicht scharf abgeschnitten, sondern es erfolgt ein allmählicher Übergang. Die am weitesten in die kahle Stelle hineinragenden Härchen sind zart und kurz und stehen weit auseinander, wie beim Herpes tonsurans im Beginne des Wiederwachsens, sie lassen sich auch leicht mit der Pincette entfernen. Übrigens verliert das Meerschweinchen seine Haare auch von der gesunden Haut nicht allzuschwer. Bei aufmerksamer Betrachtung entdeckt man auf der kahlen Stelle in Zwischenräumen von je etwa 1 cm 1—3 kurze, zarte, lose sitzende Härchen — ein Beweis, dafs sie bereits wieder zu wachsen anfangen. Die von der Biopsie herrührende Narbe ist noch dick und mit einer Kruste bedeckt, die Heilung hat also recht lange gedauert.

Ein Kaninchen, mit dem am 28. Juli eine Bestrahlung vorgenommen war, zeigte weder Alopecie noch sonstige Störungen.

Meerschweinchen E. wurde im Mai zum ersten Mal ohne irgend welche Folgen bestrahlt. Am 28. Juni 1897, also mehr als 2 Monate später wird nun aber an seiner linken Flanke eine kahle Stelle entdeckt, die genau dieselben Eigenschaften hat wie die beim Meerschweinchen D. — Das Tier wird jetzt von neuem 1½ Stunden lang auf Rücken und rechter Seite bestrahlt.

28. Juli. Die bereits vorhandene kahle Stelle hat sich noch um 3 cm vergröfsert. Am Rückgrat und an der rechten Seite ist bis jetzt noch nichts zu bemerken. Das Tier hat am 7. Juli ein Junges geworfen, das sich wohl befindet.

Schliefslich wird noch ein viertes Meerschweinchen am 28. Juni 1½ Stunden lang durchleuchtet, ohne dafs sich auch bei diesem bis zum 28. Juli irgend eine Veränderung gezeigt hätte.

Mikroskopische Untersuchung des durch Biopsie gewonnenen Lappens von Meerschweinchen D.

Das Stück wird in Alkohol gehärtet, mit Paraffin behandelt und die davon angefertigten Schnitte dann mit verschiedenen Mitteln (Pikrokarmin, Haematin-Eosin, Unnasches Blau u. s. w.) gefärbt. Unter dem Mikroskop betrachtet zeigen sie, dafs die Haut am Sitz der Alopecie bedeutende Veränderungen erfahren hat, nämlich:

1. Eine ungeheure Verdickung der Epidermis in allen ihren Lagen.
2. Atrophie der Haarfollikel, die teilweise ganz geschwunden sind.

Die genauere Untersuchung der einzelnen Hautbestandteile führt zu folgendem Ergebnis.

Epidermis. Die Hornschicht ist beträchtlich verdickt, doch haben die einzelnen Zellen ihren normalen Bau beibehalten. Auch die Stachelschicht und die Körnerschicht haben an Dicke ungeheuer zugenommen; mit Hülfe des Mikrometers läfst sich ihre Höhe als 10—15 Mal gegen das Normale vergröfsert, abschätzen. Die sie aufbauenden Zellen sind gröfser, vor allem aber auch viel zahlreicher, denn man

zählt z. B. 10—12 Schichten Malpighischer Zellen und 6—10 Reihen von mit Eleidin (Keratohyalin) versehenen Zellen, während an der gesunden Seite die Stachelschicht nur aus 2—3 Reihen und die Körnerschicht nur aus einer, selten aus zwei Reihen besteht.

Die einzelnen Zellen der Stachelschicht sind nur wenig verändert; diejenigen der ersten Reihe besitzen in mäfsiger Menge karyokinetische Figuren, und da das ausgeschnittene Hautstückchen weifs war, so enthalten sie auch nur wenig Pigment. Die polygonalen Zellen der folgenden Reihen weisen weder an Protoplasma, Kern, noch an Verbindungsfäden etwas Abnormes auf. Je mehr man sich der Körnerschicht nähert, desto mehr flachen sich die Zellen ab und in ihrem Innern treten grofse Körner oder Kügelchen von Eleidin auf, die, je weiter man vordringt, immer zahlreicher werden, während die Zellkerne gleichzeitig immer mehr atrophieren. Das Eleidin dieser Zellen zeichnet sich durch seine wechselnde Menge aus, häufig sind die Körner aber sehr zahlreich und von einem wahrhaft riesigen Umfang; man sieht nicht selten Zellen mit 1—3—4 solcher Körner, die fast so grofs sind wie der Kern einer Malpighischen Zelle. Sie haben runde oder formlose Gestalt, sind stark lichtbrechend, färben sich mit Karmin lebhaft rot, blau mit Haematin und sind dann allemal mit einem Hof von der nämlichen Substanz umgeben. — Die unteren Lagen der Hornschicht färben sich mit Pikrokarmin rot im Verhältnis zur Menge des diffusen Eleidins.

Die Haar-Talg-Follikel. Die Haarfolikel stehen, soweit sie normal sind, in kleinen Gruppen dicht nebeneinander. Bei mittlerer Vergröfserung zählt man in jedem Gesichtsfeld 8—10 Haare. Neben den Follikeln liegen kleine Drüsen und, nicht regelmäfsig, wie es scheinen will, auch glatte, zarte Muskeln. In den Präparaten der kranken Haut läfst sich dagegen kein einziges Haar entdecken, und von den Follikeln nur einzelne Spuren, einer bis höchstens drei in jedem Gesichtsfeld; dann sind's aber keine Follikel mehr, sondern nur noch einfache konische Verlängerungen der Epidermis, die zuweilen innerhalb ihres Verlaufs oder an ihrem Ende durch einen Epidermis-Klumpen verdickt sind. Sie dringen knapp noch halbsoweit in die Tiefe wie die normalen Follikel. Von einer Haarpapille oder von Regenerationsknospen fehlt jede Andeutung. Die Epidermis-Klumpen, die sie beherbergen, sind zum Teil verhornt und meistens sehr reich an Eleidin, einige von ihnen enthalten auch noch formlose Pigmentmassen, während diese letzteren bei andern im ganzen Epidermis-Kegel zerstreut sind. — Von Talgdrüsen und Haarmuskeln ist nichts mehr zu sehen.

Die Schweifsdrüsen fehlen selbst in der sonst gesunden Haut dieser Gegend.

Die Cutis. Die Veränderungen der Cutis sind denen der Epidermis gegenüber ganz geringfügiger Natur; nur die Zellen sind etwas zahlreicher, die Bindegewebsfasern sind strahlenförmig angeordnet und die elastischen Fasern rings um die Haarfollikel geschrumpft und atrophiert. Die Papillen der Cutis sind an der kahlen Stelle, der Dicke der Epidermis entsprechend, höher und breiter, aber auch unegal; stellenweise enthalten sie Pigmentzellen. — Das Bindegewebe und das elastische Netz des Corium sind normal. Von den Mastzellen sieht man in der kranken wie in der gesunden Haut nur wenig.

Die kleinen Gefäfse der Cutis und auch die gröfseren der Subcutis sind ebenfalls normal. — Von einer Veränderung der Nervenfasern war an den Schnitten nichts zu erkennen.

Aus unsern Versuchen und diesen histologischen Befunden lassen sich demnach folgende Schlüsse ziehen:

1. Die X-Strahlen (oder der elektrische Strom, vergl. *Société de Biologie* 17. Juli 1897) erzeugen mitunter und unter noch nicht genau bekannten Bedingungen auf der Haut des Meerschweinchens eine Alopecie, die sich erst nach 1—2 Monaten zu zeigen braucht.

2. Diese Alopecie stellt sich plötzlich ein und nimmt dann noch an Ausdehnung zu, sie ist eine gründliche und kommt ohne jeden Brandschorf, ohne jede Sensibilitätsstörung u. s. w. zu stande.

3. Histologisch zeigen die ausfallenden Haare einen vollen Bulbus, aber keine sehr ausgesprochene Atrophie ihres bulbären Teils. Ganz bedeutend sind dagegen die Zerstörungen an der Epidermis und den Haarfollikeln, während Cutis und Gefäfse wiederum nur in geringem Grade zu leiden haben.

Die Verdickung der Epidermis in allen ihren Schichten, die ungeheure Vermehrung des Keratohyalin und die ganz aufserordentliche Atrophie der Follikel lassen sich alle sehr gut als Reaktion gegen einen Reiz von ungewöhnlicher Stärke auffassen. Dieser Reiz scheint die Vitalität der am wenigstens differenzierten Hautelemente zu erhöhen; die differenzierten Elemente dagegen, Haare, Nägel und Drüsen, verfallen der Rückbildung und der Atrophie. Ob es sich bei dieser letzteren um nervöse Einflüsse, um Gefäfsobliterationen oder sonstige Kreislaufstörungen u. s. w. handelt — darüber wissen wir bis jetzt noch nichts.

Die veränderte Struktur, die die Haut des Meerschweinchens nach Einwirkung der X-Strahlen gewinnt, kommt übrigens normaler Weise auch an anderen Stellen des Tieres vor, so z. B. an der Ferse, wo die Epidermis auch im gesunden Zustand bekanntlich ebenso dick ist, und wo die Körnerschicht fast eben so viel Keratohyalin enthält, der Haare und Drüsen aber ganz entbehrt. Ein Unterschied ist nur insofern vorhanden, als man hier Epidermiskegel, Andeutungen von Follikeln findet, als die Keratohyalinkörner unregelmäfsig und auch die Papillen nicht ganz gleichmäfsig sind.

4. Da die X-Strahlen einen vorübergehenden Haarausfall und Hyperkeratinisation mit Keratohyalin bewirken, so lassen sie sich, wenn es erst gelingt, diese Wirkung zu einer regelmäfsigen zu gestalten, therapeutisch in zwei Fällen verwerten, und zwar einmal, wenn es sich darum handelt, eine vorübergehende Alopecie zu erzeugen, eine gründliche Entfernung aller Haare zu erlangen, z. B. beim Herpes tonsurans; und zweitens vielleicht bei anhaltender Parakeratose, wenn das Keratohyalin mangelt. Wenigstens sind Versuche nach dieser Richtung hin wohl zu empfehlen.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Versammlungen.

Internationale wissenschaftliche Leprakonferenz.

Berlin, 11.—16. Oktober 1897.

Bericht

von

Dr. Jessner.

I.

Allgemeines Übersichtsbild.

Das war doch einmal etwas anderes. Das war keiner der üblichen nationalen oder internationalen Kongresse mit der üblichen Leere der Sitzungsräume und Fülle der Unterhaltungs- und Vergnügungsräume, mit dem Potpourri abgelesener Vorträge über die verschiedensten Themata, mit den massenhaften vorläufigen Mitteilungen und den meistens sich sehr an der Oberfläche haltenden Diskussionen. Das war eine ernste wissenschaftliche Konferenz mit einem bestimmten Thema und einem bestimmten, praktischen Ziele, nur besucht von Forschern, die allen Ernst dem behandelten Leiden zuwendeten, die mit wirklichem Fleifs bei der Sache waren, die sich bemühten, tiefer in alle Fragen einzudringen, Licht in die Theorie zu bringen, die praktischen Mafsnahmen in die richtigen Bahnen zu leiten. Zweifellos schwebte ein gesunder Geist über dem Ganzen, wenn auch vielleicht die sehr hochgespannten Anforderungen in dieser oder jener Richtung nicht ganz erfüllt wurden und vielleicht auch nicht erfüllt werden konnten. Vor allem wäre es verfehlt gewesen, von dieser Konferenz die Aufdeckung epochemachender neuer Entdeckungen zu erwarten. Wer der, besonders in den letzten Jahren riesenhaft emporgewachsenen Lepralitteratur gefolgt ist, dem konnten die in der Konferenz vertretenen Anschauungen nichts Neues bringen, es sei denn, dafs jemand ein Kulturverfahren für den Leprabacillus oder ein neues, sicheres Heilverfahren zur Konferenz mitgebracht hätte. Beides war leider nicht der Fall. Man hörte ja meistens nur das, was man schon wufste. Dennoch war die Konferenz von Wert, und zwar in verschiedener Richtung. Erstens konnte man auf derselben leicht, wo verschiedene Anschauungen einander gegenüberstanden, ein Bild gewinnen, welche Anschauung die gewichtigeren — nicht die zahlreicheren — Stimmen auf ihrer Seite

hatte, und auch gleichzeitig feststellen, ob manche Ansicht, wie z. B. diejenige über die Erblichkeit der Lepra, überhaupt noch diskutabel ist. Zweitens sollte die Konferenz auch nicht um ihrer selbst willen tagen, sondern um der Völker willen, um die Regierungen zu energischerer Bekämpfung der Lepra aufzurütteln und ihnen feste Maximen für den Modus procedendi an die Hand zu geben. Die Konferenz sollte eine Demonstration sein, aber keine leere, sondern eine auf dem festen Fundament gediegener wissenschaftlicher Forschungen basierende. Eine besonders hohe Bedeutung kommt der Konferenz durch den internationalen Charakter zu. Daſs die Wissenschaft an sich in internationalen Kongressen bekundet, daſs sie keine Länder-, keine Sprachengrenzen kennt, ist ja nichts Neues; daſs die Staaten durch internationale Verständigung ihrer Regierungsvertreter, die aber meistens Nichtärzte sind, zu hygienischen Maſsnahmen kommen, ist auch nichts Neues. Daſs aber die Staaten auf die Äuſserungen einer freien internationalen Zusammenkunft von Ärzten, und zwar von zum groſsen Teil nichtbeamteten Ärzten, ihre Prophylaxe einem Leiden gegenüber aufzubauen bereit sind, das ist ein Novum, das noch vielleicht nicht genügend gewürdigt wird. Die Ärzte, zumal die nichtbeamteten, können sich im allgemeinen nicht darüber beklagen, daſs ihre Forschungen zu sehr seitens der ausschlaggebenden Instanzen Berücksichtigung finden. Irgend ein Regierungsbeamter, meistens einer der Juristen, von denen Hansen auf der Konferenz in sehr offener Weise bemerkte, daſs sie vielfach auf hygienischen Gebieten Dummheiten machen, hat oft mehr Einfluſs als alle Ärzte zusammen. Bei dieser Konferenz aber hatte man die rechte Lust zur Arbeit, weil man das Bewuſstsein hatte, daſs man nicht für taube Ohren predige, daſs die Arbeit nicht als „wertvolles“ Material ad acta gelegt, sondern, soweit es möglich, in die That umgesetzt werden wird. Es ist die Ehrung, welche dieser Konferenz, die zu stande gekommen war durch die freie Initiative von Lepraforschern, seitens der deutschen Regierung, seitens der Staatsleiter zu teil wurde, deshalb als eine seltene Anerkennung des ärztlichen Standes anzusehen und freudig zu begrüſsen. Es wird die Beachtung, welche die Leprakonferenz gefunden, die wissenschaftlich thätigen Ärzte dazu ermuntern, ohne Scheu vor materiellen Opfern internationale Zusammenkünfte zu veranstalten, wo sich internationale Übel finden, und wo die Wissenschaft berufen ist, ihre theoretischen Studien in praktische Maſsnahmen umzusetzen.

Die Zusammensetzung der Konferenz war von dem berufenden Comité — wer demselben angehörte, war nicht leicht zu ergründen — sehr glücklich geregelt. Es waren einerseits Vertreter der Regierungen, andererseits Ärzte, die sich mit Leprastudien beschäftigt hatten, eingeladen. Über 150 „Konferenzler“ aus allen Enden der Welt waren erschienen. Da sah

man neben Deutschland alle europäischen Staaten, zum Teil durch mehrere Mitglieder vertreten. Da sah man wissenschaftliche Forscher aus den Vereinigten Staaten Nordamerikas, Chile, Columbien, Jamaica, New Orleans, Japan, Honolulu etc. Alle diese hatten die weite Reise nicht gescheut, um gemeinsame Beratungen über die Lepra auf deutschem Boden zu pflegen. Gerne hätte ich alle Erschienenen hier aufgeführt, aber das würde zu weit führen. Jedenfalls aber lag in diesem wahrhaft internationalen Charakter ein grofser Reiz der Konferenz. — Das Arrangement des Kongresses mufs im ganzen und grofsen als höchst gelungen bezeichnet werden; da waltete wieder das grofse Lassarsche Talent. Schon die ausgezeichnete Idee, das Abzeichen der Teilnehmer mit dem Namen des Betreffenden zu versehen, war eines Patentes wert. Sie trug sehr viel dazu bei, dieselben mit einander bekannt zu machen und einander zu nähern. Es war höchst amusant, wie am ersten Abend jeder auf die Abzeichen des anderen schielte und dann höchst erfreut ihn begrüfste, wenn er einen ihm bekannten Namen trug. Solche Kleinigkeiten sind sehr geeignet, das Behagen der Teilnehmer zu vermehren. Viel bedeutungsvoller aber war es, dafs alle zu haltenden Vorträge und Referate vorher gedruckt waren und bei Eröffnung der Konferenz in Gestalt eines sehr stattlichen Bandes den Teilnehmern überreicht wurden. Nur so war es möglich, dafs die Konferenz nicht in einer Vorlesung von Manuskripten bestand, ein stets sehr zweifelhaftes Vergnügen für die Zuhörer, sondern allein Diskussionen gewidmet war. Es ist gar nicht abzusehen, wie es hätte ohne diese weise, sehr nachahmenswerte Mafsnahme werden sollen, war doch auch jetzt niemals Zeit genug zu einer erschöpfenden Diskussion. Übrigens ist die Konferenz in dieser Hinsicht auch der Verlagsbuchhandlung von August Hirschwald zu Dank verpflichtet, welche die Exemplare für die Teilnehmer spendete und auch die gedruckten Verhandlungen denselben zu liefern versprochen hat. Prächtig waren auch die der Konferenz seitens der deutschen Regierung zur Verfügung gestellten Räume des neu erbauten Gesundheitsamtes. Der wunderhübsche Saal, die vielen Nebenräume für Demonstrationen, Bureau, Schreibzimmer, Ausstellung etc., sie gaben der ganzen Veranstaltung einen behaglichen Charakter. Dafs in dem schönen Korridor stets Erfrischungen den Besuchern zur Verfügung standen, erhöhte denselben sichtlich; von wissenschaftlichen Diskussionen und mikroskopischen Demonstrationen wird der noch so idealistisch angelegte Mensch nun einmal nicht satt. Schade, dafs man absolut nicht erfuhr, wer der Spender dieser Erfrischungen war, damit man ihm dafür wenigstens herzlichen Dank sagen kann.

Bevor ich über die eigentlichen Arbeiten etwas spreche, kann ich nicht umhin zu bemerken, dafs hier die Einteilung nicht ganz glücklich getroffen war. Dem praktischen Ziele der Konferenz entsprechend, hätte

man den Auseinandersetzungen über die theoretischen Fragen etwas weniger Zeit einräumen müssen. Dann hätte es nicht geschehen können, dafs die praktischen Fragen erst in letzter Stunde zur Verhandlung kamen und aus Zeitmangel doch etwas über das Knie gebrochen werden mufsten. So interessant auch die lebhaften theoretischen Diskussionen waren, auf Kosten der gründlichen Erörterung der praktisch-hygienischen Fragen durften sie nicht stattfinden. Aber das ist ein Fehler, der bei einer ersten derartigen Konferenz verzeihlich ist.

Bevor ich zu einem chronologischen Bericht über die Arbeiten der Konferenz etc. gehe, bemerke ich, dafs ich vorerst nur ein Stimmungsbild geben will, ein Stimmungsbild, welches durchaus subjektiver Natur ist, eine kritische Betrachtung. Ein objektives ausführliches Referat über den wissenschaftlichen Teil der Verhandlungen soll später folgen.

Die erste Sitzung wurde von LASSAR mit kurzer Ansprache eröffnet, der dann VIRCHOW zum Vorsitzenden vorschlug; natürlich einmütige, begeisterte Zustimmung! LASSAR wurde zum zweiten Vorsitzenden, EHLERS, der eigentliche Anreger der Konferenz, zum Geschäftsführer gewählt. Die weitere Zusammensetzung des Bureaus trug dem internationalen Charakter der Versammlung Rechnung.

Als erster begrüfste Staatssekretär v. Posadowsky die Mitglieder der Konferenz namens der deutschen Regierung; das Gleiche that dann Kultusminister Bosse namens der preufsischen Regierung. Letzterer berichtet in seiner Rede über den gegenwärtigen Stand der Lepra in Deutschland, speciell im Kreise Memel. Von den seit 1874 entdeckten 34 Leprösen leben noch 17, die zum Teil in Kliniken untergebracht sind, zum Teil zu Hause sich aufhalten und hier ärztlich überwacht werden. Sobald die bereits bewilligte Leproserie in Memel fertig ist, werden die Kranken in derselben Unterkunft finden. Beide Redner sprechen in nachdrücklichster Weise die Bereitwilligkeit der Regierung aus, die Beschlüsse der Konferenz in Thaten umzusetzen. In den folgenden einleitenden Reden giebt zunächst BESNIER einen Überblick über die Leistungen französischer Autoren auf dem Gebiete der Lepraforschung. HANSEN, sehr lebhaft begrüfst und wegen seiner Offenheit und seiner ungekünstelten Skepsis bald bei allen Konferenzmitgliedern persona gratissima, spricht über die Berechtigung, lepröse Menschen zwangsweise zu isolieren, wenn sie die ihnen aufgegebenen nötigen Vorsichtsmafsregeln nicht befolgen wollen oder nicht befolgen können. Die gegen die zwangsweise Isolierung erhobenen Einwände klingen sehr human, sind aber nicht berechtigt. Ebenso wie man sich nicht bedenke, gegen Typhus und Cholera einzuschreiten, darf man auch bei der Lepra nicht zaghaft sein. Kein kranker Mensch hat das Recht seine Mitmenschen anzustecken. Jeder Patient hat neben seinen Menschenrechten auch Pflichten. Der gesunde Mensch hat das Recht, sich gegen

kranke Menschen, die ihn anstecken könnten, zu wehren. Es ist viel humaner, die Gesunden zu schützen, als den Leprösen zu erlauben, ihre Mitmenschen anzustecken. Das schlimmste ist ja die Trennung von der Familie. Aber gerade aus Rücksicht für seine Familie wird ein vernünftiger Lepröser sich von ihr trennen. — Auch von ökonomischen Gesichtspunkten ist es vorteilhaft, den Kampf gegen die Lepra aufzunehmen. Wenn Norwegen von 1856—1890 auch 6 Millionen Kronen für die Bekämpfung der Lepra ausgegeben hat, so hat es andererseits durch Erhaltung der Arbeitskraft 15 Millionen gespart. Auf statistischem Wege sucht Redner nachzuweisen, wie viel Erkrankungen durch die richtige Prophylaxe verhütet werden. — Da die Therapie der Lepra noch immer keine erfolgreiche ist, bleibt nur die Isolierung als praktische Maßnahme übrig.

Neisser führt aus: Die Konferenz ist dazu da, um im Verein mit den Regierungen ein praktisch-hygienisches Ziel zu erreichen. Der Arzt allein, der Kranke allein kann nichts ausrichten. Wir sind auf die Hülfe der Administrationen angewiesen. Vielleicht hat diese Konferenz noch eine Bedeutung hinausgehend über den Rahmen der Lepra. Vielleicht ist es kein kühner Wunsch, daß auch bei anderen Krankheiten solche Konferenzen ins Leben treten. — Wenn die Administrationen eingreifen sollen, verlangen sie mit Recht sichere Auskunft über Ursache und Verbreitung der Krankheiten. Sicher ist die ätiologische Bedeutung des Leprabacillus, der das einzig Konstante bei der Lepra bildet. Sicher ist auch, daß die Übertragung von Mensch zu Mensch erfolgt. Vielleicht bilden Kleidungsstücke und ähnliches zuweilen die Vermittler, aber jedenfalls ist die Übertragung geknüpft an das Vorhandensein eines leprösen Individuums. Der Weg ist oft schwer festzustellen. Die Lepra ist zweifellos kontagiös, der Grad der Kontagiosität aber kein bedeutender und auch bei den verschiedenen Formen verschieden. Die Disposition ist von Wichtigkeit, die Möglichkeit der Übertragung aber in jedem Falle vorhanden. Es ist festgestellt, daß auch Lepröse ohne Läsionen in ihrer Umgebung massenhaft Bacillen verbreiten, die durch Nase und Mund den Körper verlassen. Falsch wäre es, alle Leprösen nach einem Schema behandeln und isolieren zu wollen. Die Ansteckung in der Familie geht parallel der Armut, der Enge der Wohnungen, dem Grade des Bildungsmangels. — Das wichtigste ist, daß die Konferenz diese Punkte unumwunden anerkennt. Diese Beschlüsse werden schwankende Verwaltungskörper zur Thätigkeit anregen. Alle Lepraprophylaxe kommt auf eine Trennung, auf eine Entfernung aus der Familie heraus. Wo es möglich ist, die Lepra im Beginne zu ersticken, ist keine Maßregel zu rigoros. Die Konferenz wird ein Merkstein sein in der Geschichte des Erlöschens der Lepra.

Neumann giebt die Resultate seiner Untersuchungen in Bosnien und Herzegowina wieder. Er fand 1890 dort 8 Fälle, 1893 schon 21; jetzt sind 133 bereits festgestellte, von denen 32 gestorben sind. — Auffallend sind die häufig vorkommenden Geschwüre in Fufssohle und Handteller.

v. Petersen teilt mit, dafs in Rufsland die Meldepflicht besteht, Meldekarten eingeführt sind, die an einer Centralstelle gesammelt werden. Hier findet die Sichtung des Materials statt. — Die Bekämpfung der Lepra in Rufsland haben auf philanthropischer Basis gegründete Lepragesellschaften übernommen. Auch das rote Kreuz hilft dabei mit.

Im Auftrage von Hutchinson liest Abraham (London) eine Arbeit vor, die natürlich auf die Fischtheorie sich zuspitzt.

Im ganzen machte die Eröffnungssitzung einen feierlichen Eindruck, wenn auch die einleitenden Vorträge vielleicht im Interesse einer Zeitersparnis hätten entbehrt werden können.

Nach Schlufs der Sitzung führte Weber (Halle) einen Leprösen vor, bei dem die Therapie einen grofsen Erfolg erzielt haben soll, wenn auch keine Heilung eingetreten ist. Es wurden verabreicht: Bäder mit Kalium permanganicum, Salicylsäure innerlich und Salicylspiritus äufserlich. Der Fall zeigte noch jetzt eine Masse von Pigmentierungen und Infiltrationen, jedoch haben sämtliche anästhetische Stellen ihr Gefühl wieder bekommen. — Im Anschlufs hieran berichtete Weber über eingehende Untersuchungen betreffend die Wege, auf denen die Bacillen den Körper verlassen, eine für die Prophylaxe aufserordentlich wichtige Frage. Tausende von Präparaten wurden untersucht. Die Resultate sind: Positive Bacillenbefunde an kranken Hautstellen, in Hautschuppen, Wollhaaren, oft im Schweifs, im Blut aus kranken Stellen, in durch Vesicantien hervorgerufenen Blasen, Sperma. Auffallend war der negative Befund in der Nase im Gegensatz zu Stickers Angaben.

Auch Blaschko und Buzzi stellen noch Leprafälle vor.

Die wichtigsten und anregendsten Besprechungen des zweiten Tages spielten sich zum Teil aufserhalb des Sitzungssaales ab, an der Hand der mikroskopischen Demonstrationen von Unna, Doutrelepont, Musehold, Schaeffer, Riehl, Blaschko. Besonders übten die Unnaschen Präparate eine grofse Anziehungskraft aus. Unna hatte Lepraprāparate mit seiner neuen Gloeafärbung ausgestellt. Mittelst derselben stellt er die Bacillen rot, die sie umgebende Gloeamasse, von anderen als degeneriertes Protoplasma bezeichnet, himmelblau dar, während das normale Protoplasma grau erscheint. Aufserdem waren noch Präparate von Lepra- und Tuberkelbacillen vorhanden, welche den Fettgehalt demonstrierten. Die Gloeapräparate bildeten bald den Gegenstand lebhaftester Diskussionen zwischen

den Anhängern der Neisserschen Auffassung über das Verhältnis der Bacillen zu den Zellen und Unna. Den Höhepunkt erreichte diese private Diskussion, als Neisser selbst die Präparate durchmusterte und sich ein lebhafter Meinungsaustausch zwischen Unna und Neisser entspann, wobei eine grofse Corona die Zuhörer bildete. Bei den Verhandlungen des dritten Tages werde ich auf den gegenwärtigen Stand der Differenzen kurz eingehen. — Die Demonstrationen von Doutrelepont betrafen viscerale Lepra; in Darm, Lunge, Niere, Bronchialdrüse, Markraum der Knochen konnte man Leprabacillen sehen. Musehold zeigte Bacillen in der Leber, Schaeffer viscerale Lepra, Blaschko Lepracarcinom. Da gab es viel zu sehen und zu kritisieren. Im Sitzungssaal beschäftigte man sich an diesem Tage zunächst mit der Frage: Inwieweit ist man berechtigt, den Leprabacillus als die Ursache der Krankheit anzusehen?

Die Diskussion hierüber wäre sehr eintönig gewesen, wenn nicht Kaposi über drei Fälle von tuberöser Lepra berichtet und im Bilde vorgeführt hätte, bei denen er keine Bacillen gefunden hat. Infolge dessen erklärt er, dafs viel Gewicht nach wie vor auf die klinische Diagnose gelegt werden müsse, das Mikroskop allein nicht entscheidend sei. Neisser, Hansen, Blaschko, Arning, Unna und andere treten Kaposi entgegen. Zum Teil bezweifelt man überhaupt die richtige Diagnose, zum Teil führt man den negativen Befund auf ungenügende, nur in einem Stadium ausgeführte Untersuchung zurück, zum Teil endlich legt man Gewicht auf die Methodik des Bacillennachweises, bei dem kleine Nuancen schon zu negativen Ergebnissen führen können. Im allgemeinen wird der Bacillennachweis für die tuberöse Lepra als unumgänglich notwendig erklärt, auch in den kleinpapulösen Formen, wie sie die Kaposischen Fälle darstellen. Unna beschreibt sie als Leprom der Cutis. Dafs es sich in diesen wirklich um Lepra handelte, war nach Bemerkungen von Neumann und nach der Mitteilung von Reisner, dafs einer der Kaposischen Patienten jetzt im Rigaer Leprosorium weilt und Bacillen bei ihm nachgewiesen sind, wohl kaum zu bezweifeln. Der negative Befund ist wohl durch nicht ausreichende Untersuchung zu erklären. — Von Interesse war auch die Frage, ob der Unterschied von Lepra tuberosa und anaesthetica nur ein quantitativer, und ob die Anästhesie eine centrifugale oder centripetale sei. Neisser hebt ganz richtig hervor, dafs da manche Schwierigkeit zu überwinden ist, da die Abgrenzung der makulösen Formen von den flachtuberösen nicht immer scharf durchgeführt ist und aufserdem in der Litteratur die Angaben über das, was untersucht worden ist, sehr mangelhaft sind. — Neisser hält es für möglich, dafs die Erkrankung im Nerven nicht kontinuierlich fortschreitet, sondern sich zerstreute Herde in ihm entwickeln. — Das centripetale Fortschreiten

erläuterte Blaschko durch den klinischen Befund der genau an die Grenzen der Maculae und ihre nächste Umgebung gebundenen Anästhesie. — Arning glaubt, dafs die Differenz zwischen Lepra anaesthetica und Lepra nervorum nicht nur eine quantitative sei; man sieht stark von Bacillen durchsetzte Nerven ohne jede Hauterscheinung und umgekehrt.

Welches sind die Wege der Übertragung? war das zweite Thema dieses Tages. Sticker leitete die Diskussion ein mit genauerer Mitteilung seiner nahezu konstanten Befunde in der Nase, bestehend in Schwellungen und Geschwüren der knorpligen Nasenscheidewand mit massenhaftem Bacillenbefund. Er sieht in diesem Befunde den Primäraffekt der Lepra, betrachtet die Nase als Eingangspforte für das Virus, während andere dieselbe als Ausgangspforte betrachten. Schaeffer hat in der Umgebung von Leprösen massenhaft Bacillen gefunden, die mit der Atmung und den Sekreten die Kranken verlassen. Arning glaubt, dafs auch die Haut den Primäraffekt zeigen kann und kommt auf seinen bekannten Impffall zurück. Auch Kaposi nimmt die Möglichkeit einer Infektion durch die Haut an, während Neisser auf die Inhalationsinfektion grofses Gewicht legt. Hansen bekämpft die weitgehenden Folgerungen Stickers. — Im ganzen bot die Diskussion hier viel Anregendes, was ich für den genaueren Bericht aufspare.

Der dritte Tag begann mit einem Besuch des Instituts für Infektionskrankheiten unter Führung von Prof. Brieger, wobei nach Carrasquilla behandelte Leprafälle und Lupusfälle besonders interessant waren. Auf die auch an diesem Tage wie an allen anderen aufserhalb der Sitzung stattgehabten Demonstrationen will ich nicht weiter hier eingehen.

Vor der Tagesordnung zeigte Virchow eine Reihe von altperuanischen Gefäfsen, welche Menschen mit Verstümmelungen im Gesicht und an den Füfsen aufwiesen. Erstere sprechen wohl mehr für lupöse Zerstörung, letztere aber sind nur durch Mutilation zu erklären. Virchow hält das Vorhandensein einer präcolumbischen Lepra in Amerika für wahrscheinlich.

Die eigentliche Tagesordnung behandelte zunächst die pathologische Anatomie und Histologie der Lepra. Den Hauptpunkt bildete, wie nicht anders zu erwarten, der alte Streit um die Lage der Bacillen. Auf der einen Seite stand Neisser mit der Anschauung von der intracellulären Lagerung der Bacillen, auf der entgegengesetzten Unna mit der Anschauung, dafs die Bacillen in den Lymphräumen liegen, dafs dieselben umgeben sind von einer aus ihrer Degeneration hervorgegangenen Gloeamasse, die den Protoplasmaleib einer Zelle vortäuscht. Wo man Zellen mit wenigen Bacillen im Innern zu sehen glaubt, da handelt es sich nicht um Anfangsprodukte, sondern um Endprodukte, um Gloea-

haufen mit wenigen noch erhaltenen Bacillen. UNNA stützt sich dabei vornehmlich auf seine neue Differentialfärbung von Gloea und Protoplasma. Der Streit war natürlich wie immer mit mehr Erregung geführt, als es ersprieſslich ist. Einen ungetrübten Einblick in den Stand der Frage wird der Leser erst aus dem folgenden, objektiven Bericht erhalten. Wenn ich aber jetzt meine subjektive Anschauung äuſsern darf, so halte ich es nach den Ausführungen von UNNA, BERGENGRUEN und DOHI für zweifellos erwiesen, daſs die Masse der Globi in Lymphräumen liegen. Um das zu entscheiden, bedarf es keiner neuen Färbung mehr; die Gestaltung der Bilder, die häufige endotheliale Auskleidung der die Globi umgebenden Räume erweisen es. Soweit hat UNNA bis jetzt Recht behalten, und es schien auch, als ob NEISSER in dieser Richtung ihm entgegenzukommen bereit wäre. Eine andere Frage ist es aber, ob UNNAS weitgehende Schlüsse, die jede intracelluläre Lagerung von Leprabacillen in Abrede stellen, berechtigt sind. Die Entscheidung hierüber ist noch nicht gefallen. Wenn UNNA verlangt, daſs die anderen Lepraforscher erst die Sache an der Hand seiner neuen Färbungsmethoden nochmals prüfen, so muſs man die Berechtigung dieses Verlangens zugeben. Ein so bewährter Mikroskopiker und so geübter Färbetechniker kann nur kontrolliert werden, wenn man seine Methoden verwendet. Aber ich kann nicht umhin zu bemerken, daſs ich a priori nicht recht verstehe, warum UNNA hier so an die äuſserste Grenze geht. Warum soll es nicht neben den aus Bacillen und Gloeamasse bestehenden Globi auch noch, besonders bei der visceralen Lepra, Bacillen in Zellen geben? Ist denn die intracelluläre Lage von Bakterien nicht etwas uns ganz geläufiges? Warten wir das Ende des Streites ab; wenn mich nicht alles täuscht, wird auch hier die Wahrheit in der Mitte liegen.

Die Frage der Erblichkeit bildete das zweite Thema des Tages. HANSEN hatte ganz Recht, wenn er sagte, es sei ihm schon zu langweilig, über dieselbe zu diskutieren. In der That zeigte sich, daſs über dieselbe ruhig zur Tagesordnung übergegangen werden konnte. Alle Redner verhielten sich ablehnend gegenüber der Erblichkeit bis auf SACHS-Beyrut, der überhaupt eigentümliche Anschauungen über die Lepra zu haben schien.

Der vierte Tag brachte nach einer kurzen Auseinandersetzung über die Nomenklatur der Lepra die Diskussion über das Verhältnis der Lepra zur Syringomyelie, MORVANschen Krankheit und Ainhum. Im Anschluſs an einen in Berlin als Syringomyelie aufgefaſsten Krankheitsfall platzten die Geister gleich sehr auf einander. v. DÜRING und andere behaupteten mit absoluter Sicherheit, das sei Lepra, was von anderer Seite wieder lebhaft bestritten wurde. Die

Diskussion, welche in den Nebenräumen fortgesetzt wurde, brachte keine Klärung. Das war auch bei der Lebhaftigkeit, mit der besonders v. DÜRING auftrat, kaum möglich. Wenn derselbe einfach sagte, das nenne er Lepra und erwarte den Gegenbeweis, und wenn andere Forscher bei Vertretung ihrer entgegengesetzten Meinung ebenso kurz angebunden waren, so ist damit kein Boden für eine Klärung gegeben, zu der man doch schliefslich auf der Konferenz zusammen gekommen war.

Mehr Ruhe, mehr unvoreingenommene Prüfung hätte hier nichts geschadet.

Sachlicher wurde die Therapie der Lepra erörtert, speziell die Serumtherapie. Die Ansichten über letztere waren geteilt. Im Auslande besonders waren gute Erfolge oft gesehen. Besonders machte die Mitteilung von CARRASQUILLA, einem alten, ehrwürdigen Lepraforscher, durch ihre Überzeugungstreue entschieden Eindruck auf die Versammlung. Man wird jedenfalls die Frage weiter prüfen müssen. — Zur lokalen Zerstörung empfahl UNNA in erster Reihe Kalium causticum, in zweiter Karbolsäure, da diese das Gewebe samt den Bacillen zerstören; instruktive Präparate erläuterten es. Von den übrigen therapeutischen Empfehlungen sei nur noch diejenige des Petroleums durch KALINDERO erwähnt.

Nach Schluſs der Tagesordnung wurde noch ein Antrag von BESNIER, EHLERS, HANSEN, NEISSER angenommen:

Die in Berlin 1897 versammelte Leprakonferenz wählte eine Kommission von 20 Mitgliedern mit dem Rechte der Kooptation, welche die Gründung einer internationalen Lepragesellschaft beraten und vorbereiten soll, über welche die nächste Konferenz beschliefsen wird. Die Kommission besteht aus: CEDERHOLM, HANSEN, EHLERS, GLUECK, DEHIO, KALINDERO, LASSAR, KOEHLER, ALVAREZ, NEISSER, ABRAHAM, DYER, v. DÜRING, v. PETERSEN, FALCAO, VIRCHOW, BESNIER.

Die Verhandlungen des fünften Tages beschäftigten sich erst mit den praktischen Fragen der Lepraprophylaxe, der Gründung von Leproserien, von Lepragesellschaften etc. Leider war die zur Verfügung stehende Zeit sehr, sehr knapp, sodafs eine auch einigermafsen erschöpfende Diskussion ausgeschlossen war. Die gestellten Anträge gelangten dann in der Schlufssitzung zur Abstimmung. Einstimmige Annahme fanden die Anträge von HANSEN:

1. In allen Ländern, in denen Lepra herdweise oder in gröfserer Verbreitung auftritt, ist die Isolation das beste Mittel, um die Verbreitung der Seuche zu verhindern;

2. Das System der obligatorischen Anmeldung, der Überwachung und der Isolation, wie es in Norwegen durch-

geführt ist, ist allen Nationen mit autonomen Gemeinden und hinlänglicher Zahl der Ärzte zu empfehlen;

3. Es mufs den gesetzlichen Behörden überlassen werden, nach Anhörung der sanitären Autoritäten die näheren Vorschriften, die den speziellen sozialen Verhältnissen angepafst werden müssen, festzustellen.

* * *

Als Ergebnisse der Beratungen wurden folgende Sätze hingestellt:

1. Der Leprabacillus ist der wahre Krankheitserreger;

2. Die Lebensbedingungen und die Wege des Eindringens in den menschlichen Organismus sind unbekannt. Wahrscheinlich ist die Eingangspforte für den Menschen der Mund und die Nasenschleimhaut. Sicher ist, dafs der Mensch der alleinige Träger des Bacillus ist;

3. Die Lepra ist eine ansteckende Krankheit, aber sie ist nicht vererblich. Je schlechter die sozialen Verhältnisse, um so gröfser ist die Gefahr für die Umgebung;

4. Die Lepra hat bisher allen Bestrebungen, sie zu heilen, widerstanden. Daher erscheint eine Absonderung der Leprakranken, namentlich wo die Krankheit herdweise oder epidemisch sich zeigt, wünschenswert. Die Erfolge, welche in Norwegen durch die Absonderung erzielt sind, sprechen eindringlich für diese Methode. Unter ähnlichen Verhältnissen wie in Norwegen ist die Absonderung der Leprakranken im gesetzlichen Zwangswege durchzuführen.

Damit waren die Verhandlungen beendet. In seiner Schlufsrede betonte Virchow die Bedeutung der Leprakonferenz als Vorbild für die Behandlung anderer wichtiger Fragen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, dankte den Staatsbehörden, dem Direktor des Gesundheitsamtes, den Mitgliedern des Bureaus und vor allem dem unermüdlichen Prof. Lassar, der wiederum als Arrangeur hervorragendes geleistet. Prof. Kirchner versprach nochmals im Namen des Kultusministeriums die thatkräftige Mitwirkung der preufsischen Regierung bei der Leprapropliylaxe. Der Direktor des Gesundheitsamtes Koehler dankte im Namen der Reichsbehörden für die Ehre, dafs die erste internationale Leprakonferenz in Deutschland getagt und dem neuen Gebäude des Gesundheitsamtes die Weihe gegeben. — Zum Schlufs wurde auf Anregung Hansens Virchow der gebührende Dank der Konferenz dargebracht. —

Nun noch einige Worte über die festlichen Veranstaltungen, deren Reihe am Vorabende der Konferenz durch ein Fest im Hause von Lassar

in würdigster Weise eröffnet wurde. Die glänzende Aufnahme, die die Konferenzmitglieder in dem gastlichen Hause gefunden, wird allen sicher in steter Erinnerung bleiben. — Die Berliner dermatologische Gesellschaft hatte es sich nicht nehmen lassen, zu Ehren der vielen Dermatologen eine Festsitzung in den herrlichen Räumen des Langenbeckhauses zu veranstalten. Der wissenschaftliche Teil derselben wurde ausgefüllt durch einen recht gediegenen Vortrag von LESSER über „Geschlechtskrankheiten und Volksgesundheit", in dem er einen lebhaften Appell an die anwesenden Vertreter der Regierung richtete, der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten gröfsere Aufmerksamkeit zuzuwenden. — An diesen Vortrag schlofs sich eine Vorführung von Projektionsbildern durch LASSAR und eine Demonstration mikroskopischer Präparate und Abbildungen etc., die lehrten, wie gründlich in der dermatologischen Gesellschaft zu Berlin wissenschaftlich gearbeitet wird. Eine gastliche Bewirtung bildete ein nicht unangenehm empfundenes Intermezzo.

Eine besondere Auszeichnung wurde der Konferenz durch Empfang beim Kaiser und Reichskanzler zu Teil, über die ja in den Tageszeitungen genügend berichtet ist. Das grofse Interesse, welches die Staatsleitung an den Verhandlungen der Konferenz nahm, gereicht sowohl letzterer wie ersterer zur Ehre.

So ist denn diese in ihrer Art ganz vereinzelte wissenschaftliche Konferenz im ganzen zu allseitiger Befriedigung verlaufen. Die Idee war gut und läfst sich noch auf andere Gebiete übertragen. Zu wünschen wäre nur, dafs die Ausführung immer in solchen Händen läge.

(Spezieller Bericht über die wissenschaftlichen Verhandlungen folgt.)

Gesellschaft der Charité-Ärzte.

Sitzung vom 29. November 1896.

(*Berliner klinische Wochenschrift.* 1897. No. 15.)

Lepraprāparate demonstriert BUCHHOLTZ. Die Lepraknoten entwickeln sich um Gefäfse und Drüsen aus Leukocyten, fixen Gewebszellen, besonders Endothelien. Die Bakterien dringen in die Zellen ein, wuchern dort. Ob Bakterienkolonien auch aufserhalb der Zellen vorkommen, ist zweifelhaft. Muskel- und Epithelzellen widerstehen den Bacillen, erstere aber nicht auf die Dauer. In den Muskelzellen bilden die Bakterien kernähnliche Figuren. In den Schweifsdrüsen findet man Kügelchen aus zerfallenen Bacillen, später auch wohlgebildete unter Schwund der charakteristischen Drüsenformen. Die gewöhnlich frei subepidermoidale Zone kann zuweilen durchwuchert werden, dann bahnt sich ein leprōses Geschwür an. Haarbälge und Talgdrüsen sind wenig widerstandsfähig gegen die Bacillen. Die Knoten bleiben

Jahre lang bestehen; die Zellen schwellen an, der Kern wird trübe, verschwommen, chromatinarm. Drüsen- und Muskelzellen wandeln sich wahrscheinlich in atypische Leprazellen um. Riesenzellen sind vorhanden, nach Zugrundegehen der eingeschlossenen Bacillen sind sie besonders deutlich erkennbar. Die Verbreitung geschieht auf dem Wege der Blutbahnen, deren Endothelien den Bacillen ja einen vorzüglichen Nährboden bieten. In den Arterien kommt es zu einer typischen Endarteritis, Verschluſs, cystenartiger Erweiterung, Hämorrhagien mit Hämosiderinbildung.

Rachitis und Syphilis und die Rachitis der Tiere erörtert Hauchecorne. Noch immer finden sich Autoren, die einen Zusammenhang der Rachitis mit der Syphilis annehmen. Dagegen sprechen aber viele Gründe: Zunächst ist die Rachitis viel häufiger als die hereditäre Lues. Von 13017 Kindern der Poliklinik waren 2591 rachitisch und nur 106 hereditär luetisch. Dann spricht das Alter der Krankheiten dagegen, da die Rachitis uralt ist, während die Syphilis erst mit der Entdeckung Amerikas zu uns gelangte. (Steht nicht so fest, wie der Vortragende annimmt. D. Ref.) Endlich aber ist die Rachitis der Tiere ein Beweis gegen die Verwandtschaft von Syphilis und Rachitis. In ausführlicher Weise erörtert der Vortragende dann die Rachitis der Tiere; es würde zu weit führen, darauf hier näher einzugehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ärztlicher Verein zu Hamburg.

(*Deutsche Medizinische Wochenschrift.* 1897. No. 27.)

Vanilleausschlag, von Ed. Arning. Alle Personen, die sich mit der Sortierung und Packung von Vanille beschäftigen, erkranken in den ersten Wochen ihrer Thätigkeit an einem Ausschlag, der nach 1—2 Wochen abheilt; dann sind dieselben immun gegen den Vanilleeinfluſs. Am stärksten reizt krystallisierte Vanille; die weiſsen, nadelförmigen Krystalle bestehen aus Vanillin, welches also die ursächliche Substanz ist. Zuerst befallen sind stets die Rückenflächen der Hände und die Stirnpartien über den Augenbrauen. Unter starker Schwellung und lebhaftem Jucken breitet sich das Ekzem auf das ganze Gesicht und die Vorderarme aus. Die Heilung erfolgt meist von selbst bei indifferenter Behandlung. In einem Falle wurde das Ekzem chronisch, in einem andern trat stets eine neue Attaque ein, sobald der Patient wieder mit Vanille zu thun hatte. Die Diagnose ist leicht, da die Patienten stets nach Vanille riechen.

Im Anschluſs hieran berichtet Arning über einen Fall von **Sklerodermie** am Oberarm, an der Brust und am Sternum. Am Oberarm verläuft die Affektion bandartig. Neben den Hauptherden finden sich kleine, indurierte, weiſse, keloidähnliche Stellen.

Als dritter Fall wird ein **Lupus hypertrophicus** non exulcerans der Nasenspitze und Oberlippe mitgeteilt. Eine vierwöchentliche Behandlung mit dem neuen Tuberkulin ($^1/_{500}$—3 mg) hat bisher keinen Erfolg gehabt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Sitzung vom 12. Februar 1897.

(*Allgemeine Medizinische Centralzeitung.* 1897. No. 31.)

Präparate von syphilitischen Arthritiden legt Ponfick vor, um die Unterschiede gegenüber tuberkulösen Gelenkaffektionen zu demonstrieren. Eine primäre, reine, ursprünglich artikuläre Affektion der Gelenke bei Lues mit morphologisch sichtbaren Veränderungen hält Verfasser für sehr selten; von den an Knochenleiden

sich anschliefsenden wird dabei natürlich abgesehen. Eine Kombination der Gelenk. tuberkulose und Gelenklues ist natürlich möglich, aber dabei bewahrt jede der Infektionen ihre gesonderten Eigenschaften.

Loewenhardt: Es kann die hereditäre Lues ohne sichtbare Erscheinungen im Sinne einer parasyphilitischen Affektion der Tuberkulose den Weg bahnen; sicheres ist darüber nicht bekannt. Andererseits können Symptome beider Leiden sichtbar sein, dieselben sich associieren. Die in der Litteratur beschriebenen derartigen Fälle sind aber wenig stichhaltig. Nachweis der Tuberkelbacillen oder positive Impfung, Reaktion auf antiluetische Kur müssen beide vorhanden sein, um die Fälle sicher zu stellen. — A. Neisser: Mischinfektionen von Tuberkulose und Lues sind genug beobachtet. Er erinnert an den vorgestellten Fall von tuberösem Syphilid, nach dessen Abheilung Lupusknötchen zurückblieben, die als solche durch Bacillennachweis und Tuberkulinreaktion bewiesen wurden. Von den Stigmata hereditär-syphilitischer Kinder sind die von radiären Gesichtsnarben, auf die schon Foerster hingewiesen, kein sicheres Zeichen. Auch die Polyletalität ist nicht ohne weiteres beweisend.

E. Kaufmann demonstriert Aquarellskizzen von **gummöser Gelenkerkrankung** bei einer 69jährigen Frau, die beide Kniegelenke symmetrisch ergriffen hatte. Das eine Gelenk zeigt die gummöse Neubildung, die Knorpel und Knochen zerstört, das zweite die Ausheilung nach Schwund der Neubildung unter Hinterlassung eines, wie herausgemeifselt aussehenden, von Narbengewebe ausgekleideten glatten Defektes. Verfasser unterscheidet abgesehen von den einfach entzündlichen, akuten und chronischen Gelenkaffektionen zwei gummöse Formen: a. die perisynoviale, die auch auf Synovialis, Knorpel und Knochen übergreift; b. die ostale Form, die sekundär Knorpel und Weichteile zerstört. — Diagnostisch abzugrenzen ist Tuberkulose und Arthritis deformans.

Methner erblickt in einer abgelaufenen luetischen Synovitis ein prädisponierendes Moment für die Tuberkulose. Die syphilitische Synovitis stellt sich oft klinisch als Arthralgie dar. — Chotzen: Das gleichzeitige Vorkommen hereditärer Syphilis und Tuberkulose ist bewiesen; die Fälle von Hochsinger fallen besonders ins Gewicht. — Kolaczek ist überzeugt, dafs die Ursache so mancher schleichenden Gelenkentzündung in hereditärer Lues zu suchen ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fachzeitschriften.

Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten.

Herausgegeben von P. G. Unna, Malcolm Morris, C. Besnier, L. A. Duhring.

Heft XIII. (Leopold Vofs, Hamburg.)

Das vorliegende Heft des ebenso grofsartigen wie nötigen Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten enthält folgende Bilder:

1. (Taf. 38.) **Ein ungewöhnlicher Fall von Impetigo herpetiformis**, von W Allan Jamieson. Ein 20jähriges Mädchen leidet seit drei Jahren an einem schweren Hautausschlag. Während dieser Zeit sind auch die Menses ausgeblieben. Es entstehen erythematöse Flecke, auf denen Pusteln emporsprieſsen, die zum Teil

konfluieren. Die Decke der Pusteln ist sehr dünn. Aus den Pusteln gehen dann gelbe Schuppen und Borken hervor; die Haut unter diesen ist aufserordentlich empfindlich. Solcher, zum Teil sehr ausgedehnter Stellen finden sich zeitweilig sehr viele am ganzen Körper. Die Nägel fehlten, an ihrer Stelle sah man gelbe Krustenmassen. Die Zunge war erodiert und sehr empfindlich. Die Krankheit verschlimmert sich zu manchen Zeiten und verursacht fieberhafte Zustände. Zu manchen Zeiten tritt dann wieder ein Nachlafs der Erscheinungen ein. Narben bleiben nicht zurück. Später kehrten die Menses zurück. — Therapeutisch bekamen noch am besten Bäder und Zink-Ichthyolsalbenmull. — Das Mikroskop ergab, dafs der Prozefs sich nur in der Epidermis abspielte. Bakteriologisch wurde Staphylococcus pyogenes aureus in dem Pustelinhalt nachgewiesen.

2. (Taf. 39, Fig. 1 u. 2.) **Eine eigenartige Form von Hauttuberkulose (Tuberculosis cutanea framboesioides disseminata)**, von Jessner. Der durch Impfung als Tuberkulose nachgewiesene Krankheitsfall zeichnet sich durch folgende Momente aus: Sehr zahlreiche (ca. 100), am ganzen Körper disseminierte, weiche, rote, von normaler Epidermis überzogene, schmerzlose Knötchen in normaler Umgebung. — Keine Spur von irgend welcher regressiven Metamorphose trotz jahrelangem Bestehen: weder Resorption noch Zerfall. — Keine Andeutung eines Lupusknötchens. — Mikroskopischer Befund eines scharf begrenzten Granuloms in der oberen Coriumschicht. — Ein gleicher oder ähnlicher Fall ist in der Litteratur nicht bekannt. — Die Beseitigung der Knoten wurde auf chirurgischem Wege resp. elektrolytisch erzielt. — Ein Abbildung des mikroskopischen Befundes ist beigefügt.

3. (Taf. 39, Fig. 3—5.) **Über Hornkrebs**, von V. Mibelli. Eine alte Frau zeigte am Nasenrücken eine hornige Verdickung mit etwas breiterer Basis; die umgebende Haut ist braunrot. Dieser Tumor ist hervorgegangen aus einem rotbraunen, trockenen Fleck mit adhärenten Schuppen, der viele Jahre bestanden hatte. Verfasser excidierte den Tumor. Auf einen in der Nähe vorhandenen, mit warzigen Schüppchen bedeckten, runden, kleinen Plaque wurde Resorcin-Lanolin (5:20) aufgelegt. Einige Monate später hatte sich an dieser Stelle ein wirkliches 17 mm hohes Hauthorn, 8 mm im Durchmesser haltend, gebildet, das an der Basis rötlich weifs, nach der Spitze zu braun bis schwarz aussah. In diesem Stadium ist die Patientin abgebildet. Es besteht leichtes Jucken an der Basis. Links von dem Tumor sitzen kleine, feuchte, wenig adhärente Krüstchen. — Die histologische Untersuchung des entfernten Tumors ergab Carcinom. Dasselbe ist hervorgegangen aus einer Affektion, die man als Seborrhoea crustosa circumscripta (Acne sebacea concreta) bezeichnet.

4. (Taf. 40, Fig. 1.) **Ein serpiginöses Epitheliom der Stirngegend**, von Georges Thibierge. Bei einem 31jährigen Manne entstand an der Stirn eine kleine Ulceration, die im Laufe von 18 Jahren einen ungeheuren Umfang annahm, sich von der Nasenwurzel über die Stirn, ein Augenlid verbreitete und fast die ganze vordere Hälfte des Capillitiums ergriff. In der Mitte waren grofse Strecken vernarbt; in den Narben safsen aber kleine, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Geschwürchen. Der Rand wurde gebildet durch eine, stellenweise mit Krusten bedeckte Ulceration, die kranzartig das Ganze in Bogenlinien umgab. Nur an der Schläfe war die Zerstörung eine tiefere. Die äufsere Begrenzung des Randes war knorpelartig, wulstig. — Das Geschwür schritt nach vorübergehender Besserung unter antisyphilitischer Behandlung stetig nach allen Richtungen gleichmäfsig weiter. Diese Ausbreitung und die Ulceration mitten im Narbengewebe sind charakteristisch für Epitheliom gegenüber der Syphilis. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte auch die Diagnose auf Epitheliom. — Der Mann starb 50 Jahre alt, wahrscheinlich an einem interkurrenten Leiden.

5. (Taf. 40, Fig. 2 u. 3.) **Carcinoma serpiginosum multiplex**, von P. G. Unna. Eine 51jährige, kräftige Frau, frei von Syphilis und Tuberkulose, zeigt am unteren Teile der Nase kreisrunde, frischrote, flache Papeln mit gelblichen, höckrigen Krusten in der Mitte, die schwer ablösbar sind. Ähnliche kleinere Papeln finden sich an Wangen und Stirn zerstreut. Dieselben sind alle fest und leisten dem Sondenknopf erheblichen Widerstand. In der rechten Schläfengegend sitzt ein überthalergroſses Gewächs, fast 1 cm über das Hautniveau erhaben, höckrig, gelblichgrau, trocken. Die graue Decke besteht aus einer hohldeckelartigen Kruste. Zum Teil ist der Tumor narbig. An der linken Schläfengegend befindet sich eine kleinere ähnliche Geschwulst. Die entsprechenden Lymphdrüsen sind geschwollen. Die kurzdauernde Behandlung hatte keinen Erfolg. Das histologische Bild war dasjenige eines Carcinoms. — Es ist das also eine neue Art gutartigen Carcinoms, hervorgehend aus roten Papeln, welche serpiginös fortkriecht, central spontan abheilt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band VIII. Heft 7 u. 8.

I. **Zur Exstirpation der Cowperschen Drüsen**, von Englisch. Sowohl die akuten als die chronischen Entzündungen der Cowperschen Drüsen geben häufig Veranlassung zur Fistelbildung, letztere besonders dann, wenn die Erkrankung auf dyskrasischer Basis beruht; die Fistel kann sich nicht schlieſsen, so lange noch ein Rest secernierenden Drüsengewebes vorhanden ist. Verfasser rät daher zur Exstirpation der Drüse in allen derartigen Fällen, die vom Damm aus leicht und ohne Verletzung der Harnröhre zu bewerkstelligen ist. Einige mitgeteilte Krankengeschichten illustrieren das Gesagte.

II. **Über die Ätiologie und Therapie der Bubonen**, von Deutsch. Verfasser giebt zunächst einen historischen Überblick über die Ansichten der Autoren, welche sich mit dem Entstehen und der Virulenz der Bubonen beschäftigt haben. Verfasser, welcher das Material an Schwimmers Klinik benutzt, möchte, nach Ricord, die Bubonen eingeteilt wissen in sympathische, welche nicht überimpfbar sind, und virulente mit positivem Impfresultat; beide findet man sowohl bei Ulcus molle, wie bei Ulcus induratum. Beim Ulcus molle ergaben drei Impfungen mit Eiter der Bubonen ein positives Resultat; diese Bubonen heilten langsam, während diejenigen mit negativem Resultat viel rascher ausheilten. Die suppurierten Bubonen nach Ulcus durum ergaben ebenfalls drei positive Impfungen, die als Mischinfektion mit Ulcus molle anzusehen sind, während auch hier die Bubonen mit negativem Resultat rasch heilten, also als sympathische anzusehen sind. Anderseits kamen auch suppurierte Bubonen vor, die keinerlei Heilungstendenz zeigten, bis die Merkurialbehandlung eingeleitet wurde, die also wohl als spezifisch syphilitisch anzusehen sind. Verfasser fing dann an, nach Mikroorganismen im Buboneneiter zu suchen; er fand häufig keine, einige Male Staphylokokken, einige Male den Ducreyschen Bacillus; die Heilungsdauer war dementsprechend: die Bubonen mit Ducreyschen Bacillen heilten am langsamsten. Was endlich die Behandlung anbelangt, so bevorzugt Verfasser die kleinen chirurgischen Eingriffe, kleine Incision oder Stich zur Ablassung des Eiters, Einlegung eines Gazestreifens, der mit Sublimatlösung oder Borpulver versehen ist.

III. **Der cystoskopische Evakuationskatheter**, von M. Nitze. Verfasser wünscht die Litholapaxie als typische Steinoperation angesehen zu wissen, da sie leicht in einer Sitzung, ohne weitere Gefahren als die der Narkose, ohne Gefahr des Recidivs ausgeführt werden kann; er hat zu dem Zweck einen Evakuationskatheter (analog dem Güterbockschen Cystoskop) angegeben, in den das Cystoskop eingeführt werden

kann und auf den zugleich die Bigelowsche Evakuationspumpe paſst. So braucht man nicht immer neue Instrumente in die Harnröhre einzuführen und kann mit dem Auge kontrollieren, ob auch der kleinste Steintrümmer entfernt ist.

IV. **Zur Frage der Katheterisierung,** von Alapy. Das Schlufswort (?) in dem leidigen Prioritätsstreit mit Herrn Kutner bringt in sachlicher Weise eine Empfehlung der eigenen einfachen Methode und den Wunsch, dafs beide Methoden dazu beitragen mögen, im Interesse der Patienten dem Arzte die Anwendung steriler Instrumente zu gestatten; welche von beiden die bessere sei, möge die Zukunft entscheiden. Das Verdienst, als erster die Dampfsterilisation empfohlen zu haben, gebührt Delagenière.

V. **Zwei Methoden zur Bestimmung der festen Bestandteile des Harns,** von Karvonen und Komppa. Sucht man die festen Bestandteile des Harns durch Eindampfen bis zur Trockene zu bestimmen, so bekommt man einen zu kleinen Wert, da ein Teil des Harnstoffs in kohlensaures Ammon übergeht und entweicht. Verfasser modifizierten die Methode, indem sie im Exsiccator (mit der Wasserstrahlpumpe) den Harn zur Trockene brachten. Die zweite Methode ist eine Modifikation der von Häser vorgeschlagenen, welche aus dem spezifischen Gewicht die festen Bestandteile berechnen läfst.

VI. **Über den Blasenverschlufs,** von M. von Zeissl. Verfasser wendet sich auf Grund von klinischen und experimentellen Studien gegen die Annahme, dafs der Compressor urethrae als Sphincter externus diene, und dafs bei gefüllter Blase die hintere Harnröhre trichterförmig in die Blase einbezogen werde.

F. Hahn-Bremen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1897. Heft 6—7.

I. **Ein Fall von Lepra bei einem Bretonen,** von Long und Valency. Zambaco Pascha hat bekanntlich die Behauptung aufgestellt, dafs die Lepra in Frankreich niemals ganz erloschen sei, dafs die Morvansche Krankheit und die Syringomyelie gewissermafsen verkümmerte Formen derselben darstellten und dafs man namentlich in der Bretagne auch heute noch Fälle von reiner, unverfälschter Lepra antreffen könne. — Gleichsam als Beleg und Stütze zu dieser Theorie teilen die Verfasser nun einen Fall von ausgesprochener, schwerer Lepra mit. Es handelte sich um einen 31jährigen Menschen, der in der Bretagne geboren ist und Frankreich nie verlassen hat. An der Diagnose ist nicht zu zweifeln. Haut, Schleimhaut und periphere Nerven waren erkrankt und auch der Hansensche Bacillus liefs sich nachweisen. Über den Ursprung der Krankheit liefs sich nichts ermitteln. Eine Ansteckung scheint ausgeschlossen, abgesehen davon, dafs ein solcher Fall der Übertragung der Lepra von Person auf Person noch nirgends sicher festgestellt ist. Andererseits sind auch in der Familie des Patienten keine verdächtigen Krankheiten vorgekommen.

II. **Verkalktes Epitheliom des Scrotum,** von Penne-Grenoble. Der jetzt 63jähr. Bauer bemerkte zuerst vor 10 Jahren kleine Knötchen auf seinem Scrotum. Dieselben hatten einen körnigen Inhalt, entleerten sich zum Teil, wurden aber immer wieder durch neue ersetzt, nahmen auch an Gröfse zu und flossen zum Teil ineinander. Ernstere Beschwerden verursachten sie aber erst vor drei Monaten. Damals entzündete sich der Hodensack phlegmonös und war sehr schmerzhaft, bis es zur Eiterung kam. In diesem Zustand liefs sich der Kranke ins Hospital aufnehmen. Hier werden nach Ausheilung der Phlegmone, die auch auf die rechte Leiste übergegriffen hatte, in der Narkose sämtliche Knötchen ausgeschnitten und auf diese Weise eine völlige

Heilung herbeigeführt. Die Knötchen waren mit verkalkten Massen gefüllt und erwiesen sich als ein kalkig degeneriertes Hautepitheliom.

III. **Der Brown-Séquardsche Symptomenkomplex mit syringomyelitischer Dissociation syphilitischen Ursprungs**, von A. Piatot und R. Cestau. Bei einem 28jährigen Mädchen, das im Jahre 1894 Syphilis erworben hatte, traten ohne besonderen Anlafs im November 1896 heftige Schmerzen im rechten Bein auf, an die sich sehr bald Lähmung anschlofs. Aufserdem bestand im rechten Bein Hyperästhesie, im linken Anästhesie für Schmerz und Hitze. Die Krankheit machte rasche Fortschritte, es kam zu Decubitus mit infektiösem Fieber und gegen Ende November erfolgte der Tod. — Als Ursache der Erkrankung hatte man ein Gumma vermutet; es fand sich aber eine Meningo-Myelitis syphilitica. Die Entzündung hatte an der Pia mater des oberen Rückenmarks begonnen und war namentlich den vorderen und seitlichen Gefäfsen der linken Hälfte gefolgt, war dann auf das Rückenmark übergegangen und hatte sich rechts über Seitenstrang und Hinterhorn, links über Vorderstrang und Vorderhorn ausgebreitet.

IV. **Zwei Fälle von Lepra incompleta**, von J. Crespin-Algier. C. teilt in dieser Arbeit zwei Fälle mit, bei denen, wenigstens zur Zeit der Beobachtung, alle die bekannten Symptome der Lepra fehlten, bei denen nur Panaritium mutilans und Malum perforans der Extremitäten bestanden, und bei denen er doch die Diagnose auf Lepra stellte. In dem ersten Fall war er hierzu gewifs berechtigt, denn er betraf einen Kabylen, bei dem Gémy schon im Jahre 1894 unzweifelhafte Lepra festgestellt hatte, bei dem sich auch jetzt noch Leprabacillen im Eiter fanden, während die klinischen Symptome in den letzten Jahren ganz zurückgetreten waren. Der zweite Fall bot in seiner Symptomatologie und seinem Verlauf mit diesem ersten grofse Ähnlichkeit; er betraf zudem eine Frau, die vor 20 Jahren aus der spanischen Provinz Alicante, woselbst die Lepra zu Hause ist, nach Algier eingewandert war. Bei ihr bestehen die Entzündungen an Händen und Füfsen seit fünf Jahren; und trotzdem ihr Allgemeinbefinden ein ausgezeichnetes ist, so zweifelt Crespin doch nicht, dafs sie uns eines Tages mit einem Leprom oder sonst einem nicht mifszudeutenden Ausschlag überraschen wird. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1897. Heft 6, 7 und 8.

I. **„El Mal del Pinto"**, von Ernest Lier-Mexiko. Der „Pinto" ist eine Hautkrankheit, die in gewissen Teilen von Mexiko seit Jahrtausenden endemisch herrscht. Sie kommt auch in Brasilien und Venezuela vor und bevorzugt überall die Flufsniederungen; in der Hochebene und in den Gegenden mit kalten Luftströmungen kennt man sie nicht. Indier und Kreolen werden mit Vorliebe vom Pinto befallen, Weifse und Neger dagegen weniger. Das Säuglingsalter bleibt ganz verschont, im übrigen findet sich die Dermatose bei beiden Geschlechtern und in allen Gesellschaftsklassen, wenn auch die Unbemittelten mehr darunter zu leiden haben. — Ohne irgend welche sonstigen Symptome entstehen auf der Haut, mit Vorliebe an jenen Stellen, die einem Druck durch Knochen oder Kleidungsstücke ausgesetzt sind, blaue oder rote Flecke, im allgemeinen ohne Brennen, ohne Hitze, ohne Schwellung; diese Flecke nehmen an Gröfse zu oder es entstehen daneben neue Flecke, bis zuweilen der ganze Körper kupferrot verfärbt ist. Die Flecke bestehen aus einer Pigmentanhäufung, die übrige Haut bleibt ganz normal; auch das Allgemeinbefinden leidet nicht, scheint im Gegenteil besser als bei anderen Menschen. — Häufig senden die Flecke einen sehr üblen Geruch aus, gehen auch manchmal in Ulceration über; aber das Ende ist immer, dafs das Pigment sich wieder verliert und weifse Stellen nachbleiben; letztere finden

sich auch bei den Negern, bei denen die roten oder blauen Flecke in der Regel nicht beobachtet werden. Beide Arten von Flecken kommen niemals nebeneinander vor. Bei den Indiern und Kreolen sind die blauen häufiger, die roten bei den Europäern und deren Abkömmlingen. — Die Ätiologie des Leidens ist noch völlig unbekannt; es scheint weder infektiös noch kontagiös zu sein, wohl aber sich durch Vererbung zu übertragen. Jede Therapie hat sich bis jetzt als machtlos erwiesen. — Nach Verfasser besteht das Wesen der Krankheit in einer Steigerung der normalen Hautfunktion, bedingt durch das Tropenklima von Mexiko und Amerika. Nach ihm ist das Mal del Pinto eine Akklimatisationskrankheit, „ein Ergebnis der Bemühungen der Natur, um die Eingewanderten an das Tropenklima zu gewöhnen", eine Arbeit, zu der sie Tausende von Jahren gebraucht hat.

II. **Die Behandlung der Alopecie mit dem Galvanokauter,** von Henri Fournier. F. hat alle möglichen Behandlungsarten der Alopecie durchprobiert und ist endlich bei der galvanokaustischen, die sich ihm am besten bewährt hat, stehen geblieben. Er bedient sich dazu einer Gabel, deren Zinken je 1½ mm von einander entfernt stehen. Diese wird bis zur Rotglut erhitzt, sehr schnell über die Plaque hinweggeführt und zuletzt rasch hintereinander auf verschiedene Punkte der Oberfläche aufgedrückt. Es empfiehlt sich, die zu behandelnde Stelle vorher mittelst Chloräthyl unempfindlich zu machen. Verfasser hat unterschiedlos alle Formen der Alopecie, im ganzen mehr als 2000 Fälle, in dieser Weise behandelt und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. Die Heilung erfolgte in der Hälfte der gewöhnlichen Zeit und Rückfälle wurden seltener.

III. **Syphilis mutilans des Gesichts,** von G. Billard-Toulouse. B. beschreibt einen Fall von scheußlicher Verstümmelung des Mundes und der Nase bei einem 17jährigen Menschen. Obschon Syphilis, erworbene oder ererbte, nicht nachweisbar, wurde sie doch, wegen der Form der Verletzungen, diagnostiziert, und daraufhin eine energische Schmierkur vorgenommen. Diese brachte den Prozeß auch bald zum Stillstand.

IV. **Die Technik der Quecksilbereinspritzungen,** von G. Richard d'Aulnay und Eudlitz. Mit großer Sorgfalt haben die Verfasser alles, was sich auf die Technik der Hg-Einspritzungen bezieht, zusammengetragen, indem sie dabei ein ganz objektives Verfahren befolgten, die verschiedenen Methoden der Einspritzung, die Wahl löslicher und unlöslicher Salze, ihre Vor- und Nachteile besprechen und es dem Leser überlassen, sich nach eigenem Ermessen das ihm geeignet Scheinende auszusuchen. Besonders ausführlich werden auch die verschiedenartigen, zum Zwecke der Quecksilbereinspritzung nach Angabe berühmter Syphilidologen hergestellten Spritzen erörtert, wobei es unverkennbar ist, daß auch hier bereits eine bedenkliche Überproduktion besteht; die Verfasser geben von zehn verschiedenen Systemen die Abbildung! — Wer immer Gelegenheit zu Quecksilbereinspritzungen hat, der wird auch bald mit allerlei Mängeln dieser Behandlungsweise bekannt werden und der findet in der vorliegenden Abhandlung schätzbare Anweisungen zur Beseitigung dieser Mängel.

V. **Lymphangitis suppurativa des Penis im Verlaufe eines Trippers,** von Billard. Die Entzündung der beiden Lymphstränge am Rücken des Gliedes stellte sich nach der ersten Janetschen Ausspülung ein und zog sich, von Fieber und Schüttelfrösten begleitet, über mehrere Tage hin. An der Wurzel des Gliedes bildete sich ein Abceß, der eröffnet wurde. Das Metakarpo-Phalangealgelenk des linken Zeigefingers war gleichzeitig entzündlich geschwollen und auch in der rechten Hohlhand wurden Schmerzen verspürt. Doch schließlich ging alles in Heilung über.

VI. **Ein Keratoma syphiliticum palmare,** von Billard. Bei einem 36jährigen Bäcker befand sich auf der Höhe der Articulatio metacarpo-phalangealis des linken

Mittelfingers ein etwa erbsengroſses, hornhartes, konisches Gebilde; dasselbe saſs in einer kreisrunden, kraterförmigen Vertiefung, die ihrerseits wieder von einem Epidermiswall umgeben war. Das Ganze wurde mit dem Messer entfernt, die Wunde wollte aber nicht recht heilen, bis man eines Morgens entdeckte, daſs Patient an sekundärer Syphilis litt. Die nun eingeleitete spezifische Behandlung brachte schnelle Heilung herbei.

VII. **Über einen Fall von Kraurosis vulvae**, von R. Pichevin und A. Pettit. Die 28jährige Patientin war bis zu ihrer Ehe immer gesund. Von da an bekam sie Ausfluſs, Brennen in der Vulva und der Coitus wurde so schmerzhaft, daſs sie ihn nicht ausüben konnte. Allmählich entwickelte sich auch auf dem rechten Labium maius ein groſses Geschwür. Bei der Untersuchung zeigen sich auſserdem auf der linken Schamlippe kleine Krebsknoten und es unterliegt keinem Zweifel, daſs das Geschwür rechterseits aus dem Zerfall solcher Knötchen hervorgegangen ist. Es besteht eine Verengerung des Vulva-Vaginalkanals, bedingt durch eine Verhärtung und Verdickung des submukösen Gewebes. Daneben finden sich auf der nicht ulcerierten Schleimhaut der Vulva und Vagina weiſse, kleine Plaques, die in allen Beziehungen der Leukoplasia vaginalis gleichen. Die auf Kraurosis mit epitheliomatöser Umwandlung gestellte Diagnose wurde durch den histologischen Befund bestätigt.

VIII. **Über einen Fall von Lepra. Histologie der Leprome**, von Ch. Audry. Der Fall betraf einen 17jährigen Burschen aus Valencia (Spanien). Seine ganze Familie und Umgebung waren frei von Lepra; ebenso sein Heimatsdorf. Die Lepra zeigte sich bei ihm zuerst vor sechs Jahren; es handelte sich bei ihm um eine Mischform, teils Lepra tuberculosa, teils Lepra nervosa. Eine längere Behandlung mit Chaulmoograöl änderte an dem Zustande nichts. Der Fall gab Anlaſs zu einer histologischen Untersuchung der Leprome. Diese enthielten auſserordentlich zahlreiche Bacillen. Die Epidermis war erhalten, wenn auch etwas verdünnt. Haare und Hautdrüsen fehlten fast ganz. Das Bindegewebe leistet dem Leprom zähen Widerstand und man trifft überall in der Neubildung auf Trümmer und gut erhaltene Fasern von Bindegewebe. Das Leprom enthält zwei Arten von Zellen, Lymphzellen, die in dem völlig ausgebildeten Tumor ziemlich selten sind, und Proliferationszellen, die im ganzen den Plasmazellen entsprechen. Neben den Bindegewebsfasern und den Zellen enthielten die von A. untersuchten Leprome noch ein drittes Gebilde, die von Virchow sogenannten Leprazellen, die A. in Übereinstimmung mit Unna für Haufen von Bacillen hält.

IX. **Ein Fall von schwerer Jodvergiftung**, von Billard. Ein 56jähriger Fabrikant, der wegen chronischer Bleivergiftung schon lange Zeit Jodkalium nahm, bezog die betreffende Lösung zufällig aus einer anderen Apotheke und bekam danach schwere Vergiftungserscheinungen. Namentlich im Gesicht erschienen Pusteln, die weiter ulcerierten und zu ausgedehnten Substanzverlusten Anlaſs gaben. Die beiden Nasenlöcher saſsen voller Krusten; auſserdem zeigten sich auch an anderen Körperteilen Pusteln. Das Allgemeinbefinden lag sehr darnieder und der Gesichtsausschlag war im Anfang sehr schmerzhaft; jedoch besserte sich der Zustand bei rein äuſserlicher Behandlung bald wieder. Die Jodlösung wurde chemisch untersucht und erwies sich als unrein.

X. **Epithelioma des Penis**, von L. Mencière-Bordeaux. Der 48jährige Patient hatte vor zehn Jahren einen glatt geheilten Tripper. Vor zwei Jahren Coitus mit einem jungen Mädchen. Acht Tage später gewahrte er an der linken Seite der Eichel ein kleines Geschwür und rechts ein kleines Kondylom. Hieraus hat sich dann allmählich ein Epitheliom des Gliedes entwickelt; die Leistendrüsen der rechten Seite sind mitbeteiligt.

XI. **Ein Fall von Herpes corneae,** von Guiot-Caen. Eine Frau erkrankte im Verlaufe einer Keratitis parenchymatosa mehrmals plötzlich an heftigen Augenschmerzen mit Thränen, Rötung, Schwellung der Augenlider u. s. w. Dauer solchen Anfalles 36—48 Stunden. Als Verfasser sie während eines solchen Anfalles untersuchte, entdeckte er mitten auf der Cornea ein Herpesbläschen. Dieses wurde eröffnet und ein Kompressivverband angelegt. Darauf schneller Nachlafs aller Erscheinungen, die überhaupt nicht wiederkehrten. *Türkheim-Hamburg.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1897. Heft 3.

I. **Eine Syphilisepidemie in der Gemeinde Casatisma im Jahre 1895/96,** von Massazza und Truffi. Das Material umfafst 20 Krankengeschichten von 11 Frauen und 9 Kindern, die sich alle auf eine Periode von wenigen Monaten beziehen. Für 17 dieser Fälle konnte die Laktation als Ansteckungsmodus nachgewiesen werden; bei zweien wurde die Krankheit auf andere Weise mitgeteilt. Die ursprüngliche Quelle aller dieser Erkrankungen konnte nicht entdeckt werden, mufs aber wahrscheinlich in einem unbekannten, von auswärts gekommenen Individuum gesucht werden. Sämtliche Fälle verliefen sehr gutartig und wurden mit Kalomelinjektionen behandelt.

II. **Erste Untersuchungen über die Toxicität des Urins bei einigen Dermatosen,** von Colombini. Die Untersuchungen umfassen 63 Experimente an gesunden und mit verschiedenen Hautaffektionen behafteten Patienten und führten zu folgenden Resultaten: 1. Die Toxicität des Urins bei nässendem Eccema rubrum ist bedeutend geringer (circa um das Doppelte) als bei gesunden Menschen, und zwar ist diese Abnahme der Giftigkeit konstant. 2. Tieren injiziert, verursacht solcher Ekzemharn Erscheinungen allgemeiner Depression: Somnolenz, Koma, leichte Krämpfe, Lähmung der Extremitäten, Myosis, Hypothermie. 3. Gewöhnlich verschwindet diese Toxicitätsabnahme nach Heilung der Dermatose, seltener bleibt sie noch längere Zeit bestehen. 4. Diese Verminderung der Urintoxicität mufs auf die Elimination der Toxine durch die entzündete und secernierende Haut zurückgeführt werden. 5. Dies ist die Ursache der bedenklichen Erscheinungen bei plötzticher Unterdrückung eines akuten und ausgedehnten Ekzems. 6. Wahrscheinlich ist das Ekzem selbst weiter nichts, als das Produkt der allzustarken Elimination der Gifte des Organismus durch die Haut. 7. Bei den Hautaffektionen, welche zur Retention von Substanzen führten, welche die Haut zu eliminieren die Aufgabe hat (diffuses papulosquamöses Ekzem, allgemeine Ichthyose), ist die Urintoxicität stark erhöht. Solcher Urin erzeugt bei den Versuchstieren heftige allgemeine Krämpfe, Exophthalmus und Myose, Hypothermie. Diese Giftigkeit des Harns verschwindet, sobald die Haut ihre normale Beschaffenheit wieder erlangt hat. 8. Diese Thatsachen beweisen deutlich die Wichtigkeit der Haut als Eliminationsorgan der Körpergifte und zeigen uns, wie sehr wir darnach trachten müssen, ihre normale Funktion zu erhalten.

III. **Zur Histologie und Ätiologie des Nackenkeloids,** von Secchi. Verfasser hat seinen Untersuchungen die verschiedenen bereits früher mitgeteilten Arbeiten von Unna, Pelizzari etc., besonders von Mibelli zu Grunde gelegt, mit dessen Befunden die seinigen im grofsen und ganzen übereinstimmen. Die „hyalinen" Körperchen, welche andere Autoren ebenfalls gefunden and zum Teil als Russelsche Körperchen betrachtet haben, erklärt er für Blastomyceten, wie er dies bereits in einer früheren Mitteilung (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1896) dargelegt hat. Er besteht

auf seiner früheren Vermutung, dafs die Affektion durch diese Blastomyceten verursacht wird. Die strikten Beweise dieser Auffassungsweise sind jedoch noch nicht geliefert.

III. **Über Caustica und Massage bei der Behandlung der Psoriasis,** von Breda. Auf den Gedanken, starke Caustica in hartnäckigen Psoriasisfällen anzuwenden, wurde Verfasser geführt durch die Erfolge, welche Patienten erzielt, die sich spontan auf diese Weise behandelt hatten. Er hat dann selbst bei verschiedenen Patienten mit stets recidivierender Psoriasis Einpinselungen von Sublimatlösungen (6 : 30), rauchender Salpetersäure, Eisessig verordnet und damit vorzügliche Erfolge erzielt; allerdings bildeten sich an den Stellen, wo diese starken Topica angewendet waren, meist Narben aus. Er teilt ferner einen Fall mit, wo kräftige Massage vorzüglich wirkte und zu definitiver Heilung einer hartnäckigen Psoriasis führte.

C. Müller-Genf.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

September 1897.

I. **Einige weitere Beobachtungen über die Anwendung der Elektrolyse bei Hautkrankheiten,** von W. A. Hardaway-St. Louis. Seit 24 Jahren wendet der Verfasser systematisch die Elektrolyse bei gewissen Krankheiten und Mifsbildungen der Haut an und hält es für zweifellos, dafs diese Methode der Behandlung sich dauernd einen hervorragenden Platz in der Dermatotherapie sichern wird. Wo es sich um eine gründliche Zerstörung auf der Oberfläche der Haut handelt, wo es bei der Operation auf ein Minimum von lokaler Störung, nachfolgender Narbenbildung und auf relativ geringe Schmerzempfindung ankommt, da giebt es nichts besseres als die Elektrolyse. Ihr Wert bei Hypertrichosis, Telangiektasie, Milien, Muttermälern, Warzen und kleinen Tumoren jeder Art ist von allen Therapeuten anerkannt. Die Thatsache, dafs Narbenbildung entweder ganz fehlt oder nur sehr schwach ist, vorausgesetzt dafs die Operation richtig ausgeführt wird, ist eine grofse Empfehlung dieses Mittels auf dem Felde der kosmetischen Chirurgie. — Vor 20 Jahren begann Verfasser die Elektrolyse bei Lupus vulgaris anzuwenden. Weitere Versuche in dieser Beziehung haben ihn gelehrt, dafs kleine Lupusherde, besonders schlappe Knötchen besser mit Elektrolyse als mit allen anderen üblichen kaustischen und sonstigen Ätzmitteln nachhaltig beseitigt werden könnten. Bei ausgedehnter Lupusinfiltration mit Ulceration steht sie den anderen Behandlungsmethoden nach. Bei tuberkulöser, jedoch nicht lupöser Infiltration der Haut sind mit der Elektrolyse günstige Erfolge zu erzielen. Was den Lupus erythematosus betrifft, so empfiehlt Verfasser die Elektrolyse als sehr wirksam nur bei chronischen mit Hautverdickung einhergehenden Plaques, hält sie jedoch für nachteilig im akuten Stadium und bei oberflächlichen Formen der Krankheit. Kleine Epitheliomata können zweifellos mit der Elektrolyse geheilt werden, aber es ist ratsam, die Haut tief und in einem die erkrankte Partie weit überschreitenden Bezirke anzugreifen. Die Schmerzen bei der Prozedur können wesentlich vermindert werden, wenn man im Beginn zuerst die Nadel einsticht und dann den Patienten die positive Elektrode anfassen, bei Beendigung der Operation dagegen vor dem Herausziehen der Nadel die Elektrode loslassen läfst. Die antiseptischen Kautelen sollten auch bei der Elektrolyse nicht aufser Acht gelassen werden.

II. **Über den Wert der Fortschen Methode der Elektrolyse bei der Behandlung ernster Strikturen in der hinteren Harnröhre,** von G. Mc Gowan-Los Angeles. Der Verfasser giebt beherzigenswerte Ratschläge bezüglich der Wahl der Operation bei den verschiedenen Arten und dem jeweiligen Sitze der Strikturen. Wenn dieselben tief in der hinteren Harnröhre sitzen, wo Eingriffe mit dem Messer anfangen gefährlich zu werden, dann sei die Elektrolyse nach der Fortschen Methode von Vorteil. In Fällen von ganz engen Strikturen der Pars bulbo-membranacea, in denen man mit der Elektrolyse allein nicht auskomme, braucht Verfasser ein nach seinen Angaben konstruiertes, dem Maisonneuveschen sehr ähnliches Urethrotom, welches mit dem Fortschen Elektrolyseur in Verbindung gebracht ist. Das Instrument wird bei G. Tiemann & Co. in New York angefertigt. Eine Anzahl von Krankengeschichten aus der Praxis des Verfassers giebt über den Wert der Methode hinreichenden Aufschluſs.

III. **Die Behandlung der Harnröhrenstriktur mittelst Elektrolyse,** von G. T. Howland-Washington. Der Verfasser beschreibt kurz die Methoden der elektrolytischen Behandlung, wie sie insbesondere Newman (New York) und Fort (Paris) mit sehr gutem Erfolge bei Strikturen angewandt haben. Im Anschluſs daran werden die Krankengeschichten von sechs Fällen mitgeteilt, welche zeigen sollen, was die Elektrolyse leisten und was sie nicht leisten kann.

IV. **Ein Fall von individuellem Widerstande bei der Elektrolyse,** von M. B. Hutchins-Atlanta. Der Verfasser hat gelegentlich der Anwendung der Elektrolyse die Wahrnehmung gemacht, daſs die Empfänglichkeit für den elektrischen Strom bei ein und demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Individuen verschieden sei resp. daſs der Widerstand, welcher sich dem elektrischen Strome in den Geweben entgegenstellt und die Wirkung herabsetzt, nicht immer gleich sei. Die subjektiven Empfindungen der Patienten und die Anzahl der Elemente seien kein sicherer Maſsstab für die jeweilige Stärke des Stromes während einer Sitzung. Nur ein Galvanometer erfülle diesen Zweck. — Verfasser entfernte im November 1895 bei einer jungen Dame 745 Haare innerhalb von sieben Tagen. Im Mai 1896 waren die meisten Haare wieder gewachsen. Verfasser glaubte dies dem Umstande zuschreiben zu müssen, daſs die Entfernung der Haare zu rasch vor sich gegangen und deshalb die Zerstörung ihrer Papillen eine ungenügende gewesen wäre. Er überzeugte sich bei der zweiten Serie der elektrolytischen Epilationen eines anderen. In der ersten Sitzung, die 1¾ Stunden dauerte, wurden 70 Haare mit der gröſsten Sorgfalt entfernt. Das Galvanometer zeigte einen Strom von durchschnittlich ½ M. A. an. Am nächsten Tage wurde die Zahl der Elemente vermehrt. Das Galvanometer zeigte zuerst ¾ M. A., fiel jedoch bald auf ¼ M. A. herab. Dasselbe geschah, als Verfasser am anderen Tage mit 2 M. A. begann. Es wurden 25 Haare epiliert, aber das Galvanometer sank gradatim auf 0 M. A. Da der Strom seine frühere Stärke wiedergewann, wenn der Verfasser die elektrolytische Nadel an sich selbst applizierte, so muſste in der Patientin selbst in der vom elektrischen Strome durchlaufenen Strecke von der Hand zum Gesichte der mit der Dauer der Sitzung wachsende Leitungswiderstand liegen. Sobald die Patientin die Elektrode in die andere Hand nahm, wurde die Anfangsstärke des Stromes während der Epilation einiger Haare wiederhergestellt, um bald wieder auf 0 herabzusinken. Verfasser nimmt an, daſs die Patientin einen gewissen Gewebswiderstand zeigte oder die Fähigkeit besaſs, die Elektricität in den Teilen, welche der Strom durchlief, allmählich anzuhäufen. Er rät, die Elektrolyse nicht ohne ein den Strom kontrollierendes Galvanometer auszuüben.

V. **Ein neuer menschlicher Sarkoptesparasit,** von Rudolph Menger - San Antonia (Texas). Die Milbe, mit der der Verfasser das Glück hatte, die Menschheit zu bereichern, ist gröfser, als die gewöhnliche Krätzmilbe, mit unbewaffnetem Auge nur schwer wahrnehmbar, von gelblich-brauner Farbe, hat acht Füfse, von denen fünf gelenkig sind. Die Fufsenden haben ein Saugnäpfchen. Die acht Füfse gehen deutlich vom Thorax aus, sind also nicht randständig. Der Verfasser beschreibt und illustriert das männliche Exemplar seiner Entdeckung so lebhaft, dafs wir dem Leser, der sich für die neue Milbe besonders interessiert, nur raten können, das Original nachzulesen. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von Martin Chotzen. Heft I und II. (Hamburg, 1897. Leopold Voss.) Jeder neue Atlas von Hautkrankheiten kann dem Lehrenden wie dem Lernenden nur willkommen sein. Auf diesem Gebiete giebt es noch lange keine Überproduktion. Von den vorhandenen Atlanten ist ein Teil sehr mangelhaft, der andere sehr teuer, ein Moment, welches der Verbreitung in dieser rechnenden Welt stets sehr hinderlich ist. Das vorliegende Werk, das zu mäfsigem Preise etwas Brauchbares zu bieten verspricht, ist deshalb als eine wirkliche Bereicherung der Litteratur anzusehen. Dasselbe erstreckt sich nur auf Syphilide und syphilisähnliche Hautleiden, und zwar sollen nicht etwa rarae aves hier abgebildet werden, sondern die häufigeren Formen, die jeder kennen mufs. Die Bilder sind von dem Kunstmaler Eugen Burkert in Aquarellmanier angefertigt, zum Teil liegen photographische Aufnahmen ihnen zu Grunde. Der Verfasser fügt den einzelnen Bildern nur eine kurze Krankengeschichte des betreffenden Falles bei. — Soweit man nach den ersten beiden Heften urteilen kann, verspricht der Atlas etwas Gutes zu bieten. Es sind durchweg scharf ausgeprägte Malereien mit im ganzen passend ausgewählten Farben, die dem Maler das Zeugnis eines nicht geringen Verständnisses für dieses ihm fernliegende Gebiet ausstellen. Natürlich ist nicht alles gleichmäfsig gut ausgefallen, wie wir im einzelnen noch erwähnen werden, aber der Gesamteindruck ist sicherlich ein guter; er wird dem Atlas Freunde erwerben.

Das erste Heft bringt neun Bilder von Initialaffekten, zwei Ulcera mollia, ein Chancre mixte, zwei makulöse Exantheme. Alle diese Bilder genügen den an sie gestellten Anforderungen; als besonders hübsch sind die beiden letzten hervorzuheben, die wirklich zart ausgeführt sind. — Das zweite Heft bringt zunächst eine Urticaria dorsi und ein Erythema exsudativum multiforme, die differentialdiagnostisch gegenüber der Syphilis von Bedeutung sein sollen. Beide Bilder befriedigen nicht recht. Was vor allem vermifst wird, ist die plastische Darstellung. Die Quaddeln und die exsudativen Erytheme sind über die Umgebung erhaben, das sieht man aber nicht. Zweifellos ist es sehr schwierig für den Maler, diese Niveaudifferenzen scharf zum Ausdruck zu bringen; aber es mufs gelingen, soll das Bild belehrend sein. — Gut, wenn auch etwas auffallend gelb, ist die Pityriasis versicolor dargestellt, noch viel besser die Maculae remanentes post eccema postscabiosum, die Maculae remanentes

post exanthema magnomaculosum cutis. Das letzte Bild dieses Heftes bietet ein maculopapulöses Exanthem der Vulva mit indurativem Odem.

Der Atlas erscheint in zwölf monatlichen Heften zu je 3 Mark. Jedes Heft enthält 6 Tafeln. Die Ausstattung ist durchaus würdig, sodafs man auch in dieser Beziehung das Werk nur warm empfehlen kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Leerboek der dermatologie, door S. Mendes da Costa en Dr. A. N. van Praag. I. Deel. Algemeene Dermatologie, door S. Mendes da Costa. (Haarlem, de Erven Bohn. 1897.) Dieses Lehrbuch der Dermatologie ist das erste, welches in holländischer Sprache erscheint; es ist geschrieben für den niederländischen Studenten der Medizin als Leitfaden beim klinischen Unterricht. Von diesem Gesichtspunkte aus haben die Autoren sich auch nicht mit der Auseinandersetzung der vielen Meinungen und Auffassungen verschiedener dermatologischer Schulen befafst, sondern geben nur dasjenige, was nach ihrer eigenen Ansicht dem „General practitioner", insofern dieser sich mit Hautkrankheiten zu beschäftigen hat, von Nutzen sein kann.

Bis jetzt ist nur der allgemeine Teil erschienen; hierin werden in besonderen Abschnitten die Anatomie und die Physiologie der Haut, die allgemeine Symptomatologie, Pathologie, Ätiologie, Diagnostik, Prognostik und Therapie der Hautkrankheiten mehr oder weniger ausführlich behandelt, während der letzte Abschnitt der Systematik gewidmet ist, wobei keinem bestimmten System gefolgt wird, sondern mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten, die einer präzisen Klassifikation noch im Wege stehen, einer Einteilung in Gruppen der Vorzug gegeben wird. Hierbei wird das eine Mal der pathologisch-anatomische Charakter, das andere Mal die Lokalisation an dem Körper als Ausgangspunkt angenommen.

Durch das von den Autoren im Vorwort gegebene Versprechen, ferner durch die Art der Ausführung des bis jetzt erschienenen allgemeinen Teiles, welcher nur von einem der Autoren bearbeitet ist, sind wir zwar noch nicht im stande, ein Urteil über das Ganze auszusprechen; wir haben aber doch das Recht, mit Grund erwarten zu dürfen, dafs es eine willkommene Erscheinung sein wird für denjenigen, für welchen es geschrieben ist, und dafs es ihm ermöglichen wird, in zweifelhaften Fällen Klarheit zu erlangen, ohne die ausgedehnte dermatologische Litteratur durchsehen zu müssen, die nicht immer dem inländischen Bedürfnisse genügt, da sie meist für ausländische Verhältnisse berechnet ist. *J. Spruijt-Landskroon.*

Variola, von Prof. Dr. H. Immermann. (*Spez. Path. u. Ther.*, hrsg. von Nothnagel. IV. Bd., IV. Teil, 1. Abt.) Die vorliegende Bearbeitung der Variola ist nicht zu ausführlich, versteht aber doch das Thema ganz zu erschöpfen. Nach einem historischen Überblick wird die Ätiologie erörtert, zunächst die grob-empirischen, epidemiologischen Thatsachen, dann die eigentliche Parasitologie. Der Befund fadenförmiger Gebilde in frischen Variolaefflorescenzen wird mit der nötigen Skepsis kritisiert, wogegen die Arbeiten von Pfeiffer, van der Loeff und Guarneri anerkennend besprochen werden. — Die Pathologie und pathologische Anatomie werden ihrer Aufgabe vollkommen gerecht, ebenso die Diagnose. Bei Besprechung der Prognose ist zum Schlufs eine Zusammenstellung gegeben, welche Bedeutung für die Vorhersage einzelne Symptome und Besonderheiten in ihrer Verlaufsweise haben. In den 19 Sätzen ist für den Praktiker manches Lehrreiche enthalten. — Aus der Therapie möchte ich nur die vom Verfasser geübte lokale Behandlung hervorheben. Er wendet hauptsächlich feuchte kalte Umschläge an, anfangs schnell gewechselt, später als Priessnitzsche Umschläge. Beginnt der Eiter zu riechen, dann setzt man Karbol, Kalium permanganicum oder Thymol zu. Feuchtkalte Bedeckungen des übrigen Körpers üben gleichzeitig eine antithermische Wirkung aus. — Zum Mundspülen

dienen adstringierende und schleimige Mittel. — In der Rekonvalescenz sind protrahierte warme Kleienbäder zur Linderung des Juckreizes, später Seifenbäder am Platze. Die gewaltsame Entfernung festhaftender Borken mufs vermieden werden. Deckverbände müssen borkige und nicht vernarbte Stellen schützen; dazu dient Vaselin, Bleiwasser, Borvaselin. — Die oft nachfolgende Furunkulose bedarf der Verabreichung der Chinarinde und kräftiger, animalischer Kost. — Pockennarben kann man durch Resorcinpasten zu bessern suchen, dieselben müssen eine Schälung der Haut hervorrufen. — Als guter Eigenschaft des Buches sei zum Schlufs noch der reichlichen Litteraturangaben gedacht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Pathologie der Schutzpockenimpfung, von L. Fürst-Berlin. (Berlin 1896. Oscar Coblentz.) Mit der vorliegenden Arbeit, die dem Andenken Jenners gewidmet ist, will Verfasser eine Übersicht bieten über abnorme und krankhafte Erscheinungen, wie sie als unerwünschte und meist vermeidbare Begleiter der Schutzpockenimpfung zu Tage getreten sind; zugleich giebt er Mittel und Wege an, wie solche Komplikationen zu verhüten sind. Verfasser verbreitet sich ausführlich über das Wesen der Schutzpockenimpfung und der Serumtherapie und unterscheidet schliefslich 3 Formen des Verlaufs der Vaccination: Bei der 1. Form sind Reaktion und Verlauf normal; Allgemeinbefinden nur wenig gestört, Temperatur normal oder subfebril. — Bei der 2. Form ist die Reaktion abnorm stark, Verlauf anormal; die Impfpocken entwickeln sich ungewöhnlich schnell und stark, das Suppurationsstadium tritt früher ein, Neigung zu Konfluenz, Eiterung, verzögerter Heilung und unregelmäfsiger Verkrustung, Fieber bis zu 39,5. Komplikationen von seiten der Nieren, der Atmungs- und Verdauungsorgane, doch gehen sämtliche Erscheinungen nach Ablauf der lokalen Affektion spontan zurück. — Die 3. Form ist ausgesprochen pathologisch, wahrscheinlich infektiös, sowohl hinsichtlich des örtlichen Verlaufs (tiefere Verschwärung, vereiternde Axillardrüsen, sekundäre Infektion der Impfstelle, generalisierte vaccinale Exantheme), als auch wegen schwerer Mitbeteiligung der Konstitution. Mehr auffallend als das Fieber ist das Ergriffensein der Haut (Erysipel und andere infektiöse Dermatosen), einzelner Organe, sowie der Säftemasse (Septikämie). Bei dieser Form ab und zu letaler Ausgang. — — Von Dermatosen beobachtet man als Resultat einer allgemeinen Infektion das Erythema exsudativum multiforme mit günstiger Prognose. Das Erysypel giebt als Späterysipel eine schlechte Prognose, ebenso die Wanderrose.

Nachdem Verfasser nun noch der Reihe nach Kontagiosität, Symptomatologie, Prognose und Behandlung des vaccinalen Ekzems, der Impetigo, der Urticaria, des Pemphigus, Herpes, der Psoriasis, der Lymphadenitis suppurativa und Lymphangitis, der Nephritis vaccinosa, des Tetanus, der Pyämie und Septikämie, des Icterus und der Osteomyelitis besprochen hat, giebt er zur Verhütung pathologischer Vorkommnisse bei der Impfung folgende Vorschriften: 1. Kinder unter 3 Monaten sind von der Impfung auszuschliefsen. 2. Anämie und Kachexie, sowie sonstige chronische Ernährungsstörungen rechtfertigen einen Aufschub der Impfung. 3. Zur Rachitis, Scrophulose und Tuberkulose disponierte Kinder sind auf 1—2 Jahre zurückzustellen. Die Herkunft, Gewinnung, Bereitung und Konservierung der Vaccine soll einwandsfrei sein. Der Impfakt ist unter strengen antiseptischen Kautelen auszuführen. Die Impfstelle mufs vor mechanischen Insulten geschützt werden. — Der interessanten Arbeit kommt die reiche Erfahrung des Verfassers sowie seine gründliche Kenntnis der einschlägigen Litteratur zu statten; ihr eingehendes Studium ist dringend zu empfehlen. *Karl Ries-Stuttgart.*

Über die Anwendung koncentrierter chemischer Lichtstrahlen in der Medizin, von Niels Finsen. (Kopenhagen 1896. 52 S.) Dem Verfasser, welcher

sich schon früher verdient gemacht hat durch eigene Untersuchungen über die Einwirkung chemischer Lichtstrahlen auf den tierischen Organismus und durch erfolgreiche praktische Anwendung seiner Erfahrungen hierüber in der Medizin (Finsens „rotes Zimmer" bei der Behandlung der Variola), ist jetzt durch private Unterstützung ein öffentliches „medizinisches Lichtinstitut" auf dem Grunde des Kommunehospitals in Kopenhagen errichtet worden. In der hier besprochenen, mit guten Phototypien ausgestatteten Abhandlung berichtet Verfasser, nachdem er kurz die Untersuchungen früherer Autoren über die Einwirkung des Lichts auf Mikrorganismen und die bis jetzt nahezu unbekannte Anwendung desselben in der Medizin besprochen hat, über seine eigenen Methoden zur Koncentration des Lichts mit gleichzeitiger Ausschliefsung der Wärmestrahlen. Zu diesem Zwecke eignete sich am besten eine verdünnte wässerige Lösung von Methylenblau; dieselbe wird eingeschlossen in einen Metallbehälter von konischer Form, welcher an beiden Enden mit grofsen Sammellinsen von Glas oder besser von Wasser (d. h. hohle, mit Wasser gefüllte Glaslinsen) geschlossen ist. Als Lichtquelle benutzt Verfasser teils das Sonnenlicht, teils elektrisches Bogenlicht; im letzteren Falle sind die Apparate wegen der Divergenz der Strahlen etwas anders konstruiert. — Bei Bakterienversuchen (gewöhnlich mit Bacterium prodigiosum) konnte Verfasser mittelst dieses koncentrierten blauvioletten Lichtes eine bis 15 mal stärkere Wirkung als mittelst des direkten Sonnenlichtes erreichen; Bacterium prodigiosum wurde schon nach 5—7 Minuten getötet. — Durch Versuche weist Verfasser nach, dafs die lebenden Gewebe für die chemischen Strahlen permeabel sind, dafs aber doch das Blut ein wesentliches Hindernis hierfür bildet; wenn das Gewebe durch Glasdruck blutleer gemacht wird, kann indessen dieses Hindernis entfernt werden.

Zum Schlusse giebt Verfasser — mehr als Anhang, um die Methode zu illustrieren — eine vorläufige Mitteilung über die Anwendung derselben bei Lupus vulgaris, welche Krankheit ihm als Probeobjekt für dieselbe besonders geeignet scheint. Auf Grund seiner noch unvollständigen Versuche hierüber spricht sich Verfasser sehr reserviert über den Wert der Methode bei Lupus aus. Im ganzen sind 11 Patienten behandelt worden. Eine kleine (d. h. markstückgrofse) Stelle wird täglich zwei Stunden lang und mehrere Tage nach einander den chemischen Strahlen ausgesetzt, und auf diese Weise wird die ganze lupöse Partie durchgegangen; nach einer längeren Observationspause wird eventuell bei Recidiv die Behandlung wieder aufgenommen. Während der Behandlung zeigt sich etwas Rötung auf der Stelle, bisweilen stärkere Entzündung mit Ödem; ein paar Mal trat Nekrose ein; hier handelte es sich jedoch um eine reine Verbrennung. Durch diese Behandlung schwindet der Lupus ohne eigentliche Narbenbildung, ausgenommen da, wo Substanzverlust bestand. Alle Patienten des Verfassers waren alte, öfters behandelte Fälle; die Observationszeit ist noch zu kurz, um Schlüsse über Recidive zu ziehen, weshalb Verfasser auch keine detaillierten Krankengeschichten mitteilt. Keiner der Patienten ist noch vollkommen geheilt; zwei von ihnen aber, die selber die Kur unterbrachen, weil sie sich als geheilt betrachteten, hatten ungefähr ½ Jahr später nur unbedeutende Reste übrig. Verfasser legt besonderes Gewicht darauf, dafs durch diese Methode auch die anscheinend gesunden Grenzpartien des lupösen Gewebes sehr leicht gleichzeitig mit den nachweisbar angegriffenen Stellen behandelt werden können.

Die Methode ist noch im Werden begriffen; Verfasser deutet die Möglichkeit einer Verbesserung sowohl des Apparates als auch des Lichtes und der Stärke desselben an, und es ist zu erwarten, dafs eine Fortsetzung und Erweiterung dieser interessanten Versuche die Hauttherapie mit einem wertvollen Mittel zur Bekämpfung

nicht allein des Lupus, sondern auch anderer bakterieller Hautkrankheiten, welche sich oft gegen andere therapeutische Eingriffe resistent zeigen, bereichern wird.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Praxis der Harnanalyse. Anleitung zur chemischen Untersuchung des Harns nebst einem Anhang **Analyse des Mageninhalts**, von LASSAR-COHN. (Hamburg 1897. Leopold Voss.) Der bekannte Verfasser, ein auf dem Grenzgebiete der Chemie und Medizin hervorragend erfahrener Chemiker, giebt hier eine kurze Analyse des Harns und des Mageninhalts. Nun ist eigentlich ja besonders an Anleitungen zur Harnanalyse kein Mangel, aber dennoch wird das Büchlein schnell viele Freunde erwerben, weil der Verfasser eminent praktisch ist und es vorzüglich versteht, das Nötige vom Unnötigen zu scheiden. Dadurch wird diese Anleitung zu einem sehr willkommenen Ratgeber für jeden Praktiker werden, der sich schnell orientieren will und weder Zeit noch Lust hat, aus einem Wust von Methoden die brauchbarste, sicherste und einfachste auszusuchen. Hier ist die Auswahl getroffen, man braucht nur hineinzublicken. Darum rufe ich gerne dem Büchlein zu: „Willkommen dem Praktiker!"

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

Syphilis.

Die Wirkungen der Syphilis in den oberen Luftwegen und ihre örtlichen Erscheinungen, von EMANUEL FINK. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten, II. Bd. 2 u. 3.) Gruppiert nach Primär-, Sekundär-, Tertiärerscheinungen bespricht Verfasser die in jüngster Zeit wiederholt bearbeitete Syphilis der oberen Luftwege, einige Krankengeschichten einflechtend. Neues ist in der Abhandlung nicht zu finden, darf auch wohl nicht von ihr erwartet werden. Rekapituliert sei hier nur, was der Verfasser über die Stimmbandlähmungen syphilitischen Ursprungs ausführt. Die Syphilis ist eine häufige Ursache halbseitiger Kehlkopfparalysen, unter 25 Fällen von BOSWORTH war sie es 6 mal. — Die einseitige, luetische Stimmbandlähmung sitzt meist links, da sie durch eine Affektion des Recurrens hervorgerufen wird, der linkerseits tiefer in die Brusthöhle eindringt und leichter dem Drucke seitens der luetisch indurierten Lunge und luetischer Bronchialdrüsen ausgesetzt ist. (Hier hätte das unzweifelhaft häufig auf Lues zurückzuführende Aortenaneurysma erwähnt werden müssen). Vagus-, Accessoriusaffektionen bewirken sehr selten, Gehirnleiden fast nie Stimmbandlähmungen nach Lues. Beiderseitige Lähmung sämtlicher Kehlkopfmuskeln ist nach luetischer Erkrankung im obersten Teile der Cervikalanschwellung beobachtet. — Auffallend ist das Vorkommen von Posticuslähmung als erste Erscheinung einer Recurrensaffektion. Sehr sehr selten kommen auch Paralysen der Larynxmuskeln bei frischer Lues vor. — Niemals findet man bei luetischen Kehlkopflähmungen spasmodische Erscheinungen. — Auf die Symptomatologie der einzelnen Lähmungen kann hier nicht eingegangen

werden. — Bei der Therapie erwähnt Verfasser von hypodermatisch anzuwendenden Hydrargyrumpräparaten nur Hydr. formidatum als lösliches und Calomel als unlösliches Salz, etwas sehr spärlich. Zur lokalen Behandlung der Erkrankungen der Nasenschleimhaut empfiehlt er einen Spray mit 1—2% Lysollösung, Arg. nitr., 10—20% Chromsäurelösung; für Sekundärgeschwüre Calomel. — Zu Jodkaliumlösung soll man zweckmäfsig pro Gramm Jodkalium 0,01 Jod. pur. zusetzen, die Wirkung wird dadurch gesteigert. Bei nicht zerfallenen gummösen Infiltrationen des Larynx ist Jodkalium oft kontraindiziert, da die dadurch oft bedingte Kongestion die Atmung sehr behindern kann. Gummata bedürfen erst einer Lokalbehandlung, wenn sie zerfallen sind. Lysolspray, Jodol, Aristol, Calomel, Lugolsche Lösung, Chromsäure sind dann indiziert. Perforationen des Gaumens schliefsen sich oft nach wiederholter Chromsäureätzung der Ränder. — Bei schmerzhafter Dysphagie ist Cocainpinselung vor dem Essen wohlthuend. — Bei Ergriffensein von Knorpel und Knochen ist besonders der scharfe Löffel nützlich. — Bei Larynxstenosen und Lähmung beider Postici wird die Tracheotomie nötig; sie ist nicht durch die Intubation zu ersetzen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und Lues cerebrospinalis, von R. Cassirer. *(Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 43.) An der Hand von drei Fällen erhärtet Verfasser die Schwierigkeiten, welche die Abgrenzung der multiplen Sklerose von der Lues cerebrospinalis bieten kann. Sachs giebt vier Unterscheidungsmerkmale an: Die Anwesenheit des Intentionstremor, den Nystagmus, die skandierende Sprache und die häufigen Remissionen im Verlaufe der syphilitischen Affektionen. Die letzteren kommen aber nach Oppenheim auch bei der multiplen Sklerose häufig vor. — Spastische Parese, plötzlich einsetzende Parästhesien und Harnbeschwerden, Sehstörungen sind beiden Krankheiten eigen. Die Sehstörungen sind bei der Sklerose weniger hochgradig, ophthalmoskopische Veränderungen nicht so häufig. Vollkommene Augenmuskellähmungen findet man bei der Sklerose selten oder nie, während der Nystagmus für sie typisch ist, centrale Scotome sehr viel häufiger bei ihr vorkommen als bei der Syphilis. — Die Bedeutung der apoplektiformen Insulte, der Demenz für die Sklerose ist bekannt, jedoch begegnet man diesen Erscheinungen auch bei der Syphilis. — Die Frage, ob die multiple Sklerose eine Folge der Syphilis sein kann, erörtert der Verfasser im verneinenden Sinne.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Tabes und cerebrospinale Syphilis, von Raymond. *(Bulletin méd.* Febr. 1896.) An der Hand von zwei Fällen zeigt R., dafs die Tabes und die cerebrospinale Lues eine vollständig identische Symptomatologie aufweisen können. Auch anatomisch lassen sich die beiden Affektionen oft nur sehr schwer unterscheiden. Übrigens können Lues und Tabes unabhängig von einander bei den gleichen Individuen gleichzeitig vorkommen.

C. Müller-Genf.

Eine Reihe von Fällen, welche den Einfluſs der Syphilis auf das plötzliche Eintreten alarmierender Störungen des Nervensystems illustrieren, von Lindsay Steven. *(The Glasgow med. Journ.* Oktober 1896.) Verfasser beobachtete folgende Fälle: 1. Syphilitische Hemiplegie, wahrscheinlich eher gummösen als thrombotischen Ursprungs: Jacksonsche Epilepsie im Beginn der Erkrankung. Gleichzeitiger gummöser Tumor der Kopfhaut. Rasche Besserung unter Jod und Quecksilber. 2. Oculomotoriuslähmung syphilitischen Ursprungs mit vollkommener Ptosis und Lähmung sämtlicher Augenmuskeln mit Ausnahme des Rectus externus. Heftige halbseitige Kopfschmerzen mit nächtlicher Verschlimmerung. Aortenklappenfehler. Besserung. 3. Aphasie, im allgemeinen motorischen Charakters, begleitet von Parese und

Rigidität des rechten Arms; lange vorher bestanden heftige Kopfschmerzen. Keine Besserung unter spezifischer Behandlung. 4. Heftige und lange bestehende Kopfschmerzen mit Konvulsionen und geistiger Störung. Geschwüre der Kopfhaut. Besserung. *F. Hahn-Bremen.*

Fall von Syphilis maligna, von LAGRANGE. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* No. 36. 1897.) Der 38jährige Patient leidet an Syphilis von Kindheit an, indem er von einer Amme ernährt wurde, die neben ihm ein hereditär syphilitisches Kind säugte. Die Malignität der Affektion liegt in diesem Falle in dem fortwährenden Recidivieren tertiärer Symptome trotz beinahe unaufhörlicher spezifischer Behandlung (Knochen-, Gelenk-, Visceralerscheinungen). Zuletzt begann sich ein Exophthalmus mit Diplo- und Polyopsie, Chemosis, Keratitis auszubilden. Es handelt sich um eine akute Periostitis des Orbitaldaches mit Sitz im Augenhöhlenhintergrunde, da das Auge gerade nach aufsen geschoben erscheint. Behandlung: Sirup de GIBERT, K J., intramuskuläre Injektionen von Quecksilberbijodid in Olivenöl (0,15 : 30). Rückgang der Erscheinungen mit Hinterbleiben von beträchtlichen Sehstörungen infolge eines grofsen Leukoms der perforierten Cornea. *C. Müller-Genf.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der circumscripten Muskelgummata im Anschlufs an eine Beobachtung solcher in der Halsmuskulatur, von MAX EGER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 35.) Eine 35jährige Näherin, vor 16 Jahren infiziert, bekam in den Musculi sternocleidomastoidei beiderseitig symmetrisch in Kehlkopfhöhe taubeneigrofse, harte, umschriebene, mit den Muskeln verschiebliche, schmerzlose Geschwülste. Daneben fanden sich zwei kirschgrofse, ähnliche Tumoren vor der rechten Schildknorpelplatte und in der linken Fossa supraclavicularis. Die Funktion der genannten Muskeln ist nicht gestört. Heilung durch Jodkalium. — Verfasser stellt aus der Litteratur sieben ähnliche Fälle zusammen, wobei er die Notwendigkeit betont, die umschriebenen Muskelgummata von der diffusen Myositis luetica abzugrenzen. Über die Symptomatologie der ersteren sind die Ansichten verschieden. Verfasser betont, dafs die Gummata an sich indolent sind, Beschwerden können sie während des Wachstums sekundär durch Druck auf Nerven und Gefäfse verursachen. Auch die Funktionsstörungen sind sehr gering. Wo solche vorhanden waren, da handelt es sich wohl um komplizierende Veränderungen. Zu diesen werden auch Kontrakturen der Muskeln gezählt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Ätiologie der tertiären Syphilis, von WILHELM LENZ. (Inaug.-Diss. Bern 1896.) In der ausführlichen Dissertation sucht Verfasser auf Grund des Materials der Berner Klinik darzuthun, dafs ungenügende spezifische Behandlung die Hauptursache der tertiären Syphilis ist. Von den an tertiärer Lues Erkrankten waren 28% unbehandelt, 45,6% ungenügend, 16% genügend behandelt, 10,4% waren ohne Anamnese. Die tertiäre Lues trat am häufigsten auf im zweiten bis siebenten Jahre nach der Infektion. Auffallenderweise erkrankten die Behandelten früher. Das ist so zu erklären, dafs von diesen nur die ganz schweren Fälle tertiär werden und in diesen Fällen die tertiäre Lues früh sich einstellt. Von den Unbehandelten fallen dagegen schwere und leichte Fälle der tertiären Lues anheim; da letztere in der Überzahl sind, erreichen sie das tertiäre Stadium viel später als die schweren, wenn auch genügend behandelten. — Zum Schlufs tritt Verfasser für die chronisch-intermittierende Behandlung ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die künstliche Ernährung der syphilitischen Säuglinge, von FOURNIER. (*Presse méd.* No. 16. 1897.) — Dieselbe ist natürlich nur da anzuwenden, wo die natürliche Ernährung durch Mutter- oder Ammenmilch aus irgend einem zwingenden

Grunde nicht durchführbar ist. Ist sie einmal notwendig geworden, so muſs sie, um so mehr als es sich um abgeschwächte Kinder handelt, mit Umsicht geleitet werden. Den besten Ersatz für Muttermilch liefert dann die sterilisierte, d. h. solche Kuhmilch, die bei einer Temperatur von 110° C. unter erhöhtem Drucke im Dampfkessel behandelt worden ist. Schon weniger zuverlässig ist die mittelst gewissen Apparaten (Soxhlet, Gentila, Budin) sterilisierte Milch. Ob die Milch pur oder mit Wasser verdünnt verabreicht werden soll, läſst sich erst im einzelnen Falle entscheiden. Über die Vorzüge der sog. humanisierten Milch, welche künstlich auf möglichst dieselben Gewichtsverhältnisse von Milchzucker, Casein und Butter gebracht worden, wie sie der Frauenmilch eigen sind, liegen noch zu wenige Erfahrungen vor. Über die Resultate der künstlichen Säuglingsernährung liefern Aufschluſs die Beschaffenheit der Fäces, der Habitus und die Gewichtsverhältnisse.

C. Müller-Genf.

Weitere Beiträge zur Lehre von der hereditären Syphilis, von E. von Düring. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 13.) Verfasser konnte in einzelnen Distrikten Kleinasiens, wo die Syphilis erst seit ca. 60 Jahren eingeschleppt ist, sich ganze Familien vorführen lassen, und so die Vererbung der Syphilis eingehend und einwandfrei studieren; er fand erstmal zahlreiche Ausnahmen vom Profetaschen Gesetz (was ja auch bei uns vorkommt): Kinder syphilitischer Eltern, welche frisch infiziert waren. Ferner fand er Vererbung der Syphilis ins dritte Glied (die man auch bei uns wohl öfter finden würde, wenn man immer die ganzen Familien bei der Hand hätte). Wir haben also, wie bei maligner Syphilis, so auch hier, wo die Syphilis noch sehr bösartig ist, weil sie erst seit kurzem eingeschleppt ist, „Vererbung tertiärer Lues", zu erklären aus dem Nebeneinanderbestehen von sekundären (Infektion) und tertiären (Intoxikation) Symptomen.

F. Hahn-Bremen.

Als rudimentäre ophthalmoskopische Stigmata der kongenitalen Lues führt Antonelli an: Blasse oder grauliche Verfärbung der Papille, welche verwaschene Ränder zeigt und zuweilen von Pigmenthaufen umgeben ist. Die Gefäſse sind in ihrer Weite verändert und können Unregelmäſsigkeiten im Kaliber aufweisen. Die schieferartige Verfärbung und die feingekörnte Pigmentation der Retina sind nach A. als Zeichen der hereditären Syphilis zu betrachten, während sie andere Autoren als normale Erscheinungen betrachten. Auch gewisse Fälle von einseitigem Strabismus und monokulärer Myopie gehören vielleicht hierher. Alle diese Erscheinungen bilden nach A. sichere und frühzeitige Erkennungszeichen der genannten Affektion. (Französische Gesellschaft für Ophthalmologie. *Presse méd.* No. 42. 1897.)

C. Müller-Genf.

Zur Bedeutung der präventiven Therapie bei Syphilis, von Eduard Lang. (*Wien. klin. Rundsch.* 1897. No. 1.) Die Ergebnisse der Syphilisbehandlung sind besonders in der Privatpraxis sehr günstige; hier kann man alle Maſsnahmen, die nötig sind, gut durchführen. Zu denselben gehören neben der Allgemeinbehandlung die lokale Therapie und eine rationelle, der Hygiene entsprechende Lebensweise. — Von den antiluetischen Behandlungsmethoden kommt die subcutane Applikation des Mercur in erster Reihe in Frage, da sie eine genaue Dosierung ermöglicht. Meistens ist eine mäſsige Quecksilberzufuhr vorzuziehen. Einen milden Verlauf sieht man auch in Fällen, die gar keiner Allgemeinbehandlung unterzogen sind. Lehrreich ist für den Verfasser in dieser Richtung ein Fall von Reinfektion nach drei Jahren bei einem nur lokal behandelten Kranken. Solche Beobachtungen lassen die chronisch-intermittierende Therapie als ungerechtfertigt erscheinen. — Dagegen übt die Präventivtherapie oft den allergünstigsten Einfluſs auf die Syphilis aus. Die Kranken können ganz frei

bleiben oder einen milderen Syphilisverlauf zeigen. Bei der ganz ungewissen Prognose der Gestaltung der Syphilis ist die Präventivbehandlung besonders zu beachten (nicht auch die chronisch-intermittierende Behandlung? d. Ref.). Dieselbe kann auch die Zahl der Tabiker und Paralytiker herabsetzen, sie ist die mächtigste prophylaktische Maßnahme gegen Tabes und Paralysis. Die Anschauung derer, welche die Abhängigkeit der Tabes von Syphilis leugnen, ist nicht zu billigen. Die Statistik von Storbeck, die diese Anschauung beweisen soll, ist anfechtbar, wie Verfasser eingehend ausführt. Besonders bestreitet er, daß man eine Rubrik „sicher nicht syphilitisch" aufstellen kann. — Aber selbst abgesehen von der Tabes kommt der Präventivbehandlung eine große Wichtigkeit zu. Die Merkurialisierung darf keine energische sein, muß aber genügend lange fortgesetzt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Syphilisbehandlung und Balneotherapie spricht Neisser in der Hufelandschen Gesellschaft zu Berlin (Sitzung den 11. März 1897): Das einzig sichere Heilmittel der Syphilis ist Quecksilber; man muß dasselbe anwenden, mögen Symptome vorhanden sein oder nicht. Das Jod wirkt wesentlich nur gegen tertiäre Erscheinungen, in den ersten 2—3 Jahren ist es meist entbehrlich. — Die Kombination dieser Heilmittel mit der Anwendung von Bädern, die Behandlung in Badeorten sind von großem Vorteil, da hier roborierende Einflüsse hinzukommen. Die Verordnung von Sublimatbädern bei gesunder Haut hat keinen Zweck, da diese das Sublimat nicht resorbiert, außer wenn man die Elektricität zu Hülfe nimmt. Aus Jodbädern nimmt die gesunde Haut auch nichts Beträchtliches auf. Anders ist es, wenn die Haut krank, zumal ulcerös ist. Dann ist die Wirkung dieser Bäder eine gute. Bei Syphilis maligna sind sie besonders angebracht, da diese energische Kuren nicht verträgt. — Im Laufe von Inunktionskuren kann durch Bäder eine Beeinträchtigung der Kur statthaben, wenn diese Substanzen enthalten, die mit Quecksilber unwirksame Verbindungen eingehen, z. B. Schwefelwasserstoff. Man kann deshalb in Schwefelbädern ungeheure Mengen einreiben, dieselben werden durch Bildung von Schwefelquecksilber unschädlich. — Günstig ist der Einfluß der Bäder auf die Auflockerung der Epidermis und auf den Stoffwechsel, die Cirkulation, das Nervensystem. — Die Wirkung der Bäder auf die schnellere Ausscheidung des Quecksilbers könnte vielleicht dadurch eine willkommene sein, daß ein rasches durchtretendes Mittel wirksamer ist als ein stagnierendes. — Bei der Auswahl der Bäder wird man sich den individuellen Verhältnissen anpassen. Richtig gewählt unterstützen sie die Quecksilberkur; dasselbe thut das Trinken kochsalzhaltiger Wässer. — Man kann Syphilitiker in allen Stadien in Bäder schicken. — Den provokatorischen Einfluß der Schwefelbäder leugnet Verfasser, man kann sie aber probieren. Ein negatives Ergebnis sagt natürlich nichts. — Die Kombination der Injektionskur mit Bäderbehandlung ist eine sehr glückliche; hier findet keine direkte Beeinflussung resp. Paralysierung des angewendeten Quecksilbers statt.

Ziegelroth (Berlin) bringt verschiedene Bedenken gegen die chronisch-intermittierende Syphilisbehandlung vor. — Munter giebt zu, daß Quecksilber im Übermaß schadet, deshalb dürfe man aber nicht gleich das ganze System angreifen. — Bei den Bädern ist besonders die thermische Wirkung von Bedeutung. — Durch die Bäder wird eine schnellere Ausnutzung des Quecksilbers, vielleicht eine schnellere Zerstörung der Toxine bewirkt. — Durch Bäder will Redner feststellen, ob im Einzelfalle Syphilis oder Quecksilberintoxikation vorliegt. Die Zungenerscheinungen sind meist merkuriellen Ursprungs, sie schwinden bei Wasserbehandlung, werden durch Quecksilber verschlimmert. — Neisser hebt im Schlußwort hervor, daß er von den Gegnern der Fournierschen Methode niemals eine Antwort auf die Frage erhalten habe, welchen Schaden dieselbe bringe. — Die von Fournier mit der Syphilis in Ver-

bindung gebrachten parasyphilitischen Erscheinungen haben allerdings Schaden angerichtet, da dadurch vielfach Quecksilber angewandt wird, wo es nutzlos ist. — Der Aufenthalt an der See wird von Engländern mit Recht als den Syphilitikern oft nützlich empfohlen. (*Allgem. med. Centr.-Ztg.* 1897. No. 23.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Serumtherapie bei Syphilis. (Inaug.-Diss. Straſsburg 1897.) C. Gasser berichtet über Versuche mit Blutserumpräparaten von Burroughs Wellcome & Cie., welche auf der Straſsburger „Klinik für Haut- und Geschlechtskranke" an 7 Knaben angestellt wurden. Das Serum war nach den Vorschriften von Héricourt und Richet von Tieren gewonnen, denen das Blut von sekundären Syphilitikern injiziert worden war. — Die eingespritzten Quantitäten schwankten zwischen 4 und 47 ccm. Aufserdem wurden äufserlich angewandt Borsäurepriesnitz und -pulver, Jodoform, in einem Falle Betupfen mit Trichloressigsäure; innerlich in einem Falle Natrium salicylicum, in einem zweiten Chinin. Die Injektionen waren nur in geringem Grade schmerzhaft, die Injektionsstelle nur wenig gerötet und mehr oder weniger stark druckempfindlich. Von Begleiterscheinungen sind zu erwähnen: starke Diarrhöen, Schüttelfrost, Mattigkeit, ferner Kopfschmerzen, Schwindel, Schweifsausbruch, Kreuzschmerzen, Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit der der Injektionsstelle benachbarten Drüsen, heftige Muskelschmerzen im Oberschenkel; einmal ein Urticaria ähnlicher Ausschlag. In keinem Falle trat im Anschlufs an die Kur Eiweifs im Urin auf; auffallend war der grofse Reichtum von Urinphosphaten. Das Allgemeinbefinden wurde nicht wesentlich beeinflufst. In einem Falle, der schon nach 7 ccm eine bedenkliche Temperatursteigerung bis 39,5° aufwies, mufste die Kur wegen des mangelhaften Ernährungszustandes unterbrochen werden. Bei 5 Kranken vermochten die Seruminjektionen das Auftreten neuer manifestanter syphilitischer Erscheinungen nicht zu verhüten, wenn auch scheinbar eine schnellere Heilung der Papeln eintrat, nur in einem Falle sind keine neuen Erscheinungen aufgetreten. Die nämlichen Erfolge hätte man mit rein expektativer Behandlung oder mit vegetabilischen Mitteln oder bei Behandlung mit Bädern erzielen können. Ferner ist bekannt, dafs Temperatursteigerungen (in den Beobachtungsfällen 38,0—39,0—39,5) im stande sind, die syphilitischen Erscheinungen auf kurze oder längere Zeit zum Schwinden zu bringen.

Demnach ist eine wirkliche Modifikation des syphilitischen Prozesses durch Anwendung dieses Hundeblutserums nicht zu erwarten; der in einigen Fällen erfolgte temporäre Stillstand der Erscheinungen ist nicht auf Rechnung der Injektionen zu setzen. Die Arbeit enthält ein gründliches Referat über alle bisherigen serotherapeutischen Bestrebungen. *H. Einhorn-München.*

Die Wandlungen der Schmierkur und die neuesten Modifikationen derselben, von Heinrich Frey. (Inaug.-Diss. Bern 1896.) Nach einer Darstellung der Geschichte der Inunktionskur geht Verfasser zu einer Besprechung der Welander'schen Aufstreichungen und berichtet die auf der Berner Klinik mit ihnen gemachten Erfahrungen. Er vergleicht 145 Kuren mittelst Einreibungen mit 195 Kuren mittelst Überstreichungen. Es wurden jedesmal bei den Männern 3,0, bei den Frauen 2,0 verbraucht. Aus der beigefügten Tabelle geht hervor, dafs die Resultate bei beiden Verfahren die gleichen waren. Der Spitalsaufenthalt betrug bei Einreibungen 43 Tage, bei Überstreichungen 41,7 Tage. Die Nebenerscheinungen, Stomatitis etc., traten bei letzteren eher seltener auf, jedoch ist die Differenz keine bedeutende. Aus diesen Ergebnissen folgt, dafs die Überstreichungen vorzuziehen sind, zumal sie weniger umständlich sind und die Haut weniger reizen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Quecksilberinjektionen, von J. E. Lane. (*The Brit. med. Journ.* 12. Dezember 1896.) Der Verfasser hat 76 Fälle, welche alle möglichen Manifestationen der Syphilis aufwiesen, mit intravenösen Injektionen behandelt. Das Material stammte aus dem Londoner Lock Hospital. Im ganzen wurden etwa 1000 Injektionen mit einer 1%igen Lösung von Quecksilbercyanid gemacht. Zuerst wurden jeden zweiten, nach wenigen Tagen jeden Tag etwa $1^1/_4$ g, in schweren Fällen auch mehr eingespritzt. Das Verfahren war folgendes. Eine Binde wurde fest um den Oberarm gelegt und eine Stelle der am meisten hervorragenden Vene in der Nachbarschaft des Ellenbogengelenks ausgewählt, die Haut aseptisch gemacht und dann die Nadel in die Vene eingestochen, die mit der Lösung angefüllte Spritze angefügt; sodann wurde die Binde losgemacht, der Inhalt der Spritze in die Vene entleert, die Spritze rasch zurückgezogen und die Punktionsstelle für einige Sekunden mit dem Finger bedeckt. Das Verfahren ist vollkommen schmerzlos. — Von den 76 in dieser Weise behandelten Fällen wurden 50 vollständig frei von syphilitischen Erscheinungen, 16 sehr gebessert und mit nur wenigen Spuren der Krankheit aus dem Hospital entlassen; 4 entzogen sich der Behandlung und bei 6 mußten die Injektionen sistiert werden, weil die Venen nicht in hinreichende Prominenz gebracht werden konnten. — Verfasser beschreibt einige der schwereren Fälle, welche von der Methode günstig beeinflußt worden sind, und faßt die Vorzüge der intravenösen Injektionen dahin zusammen: Sie sind im Gegensatze zu den intramuskulären Injektionen vollkommen schmerzlos; der Verdauungstraktus wird nicht geschädigt. Die Dosen des Quecksilbersalzes sind klein, werden sicher absorbiert und können je nach der individuellen Empfänglichkeit reguliert werden. Bei Beobachtung der gewöhnlichen Vorsichtsmaßregeln ist die Methode vollkommen gefahrlos; die Besserung geht sicher und rasch vor sich, weshalb die Methode besonders in Fällen von cerebraler Syphilis indiciert scheint. Alles in allem, wir haben in den intravenösen Injektionen eine wertvolle Bereicherung der antisyphilitischen therapeutischen Mittel. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

A. Mazzi berichtet über einen **Fall von frühzeitigem Erwachen des Geschlechtslebens** bei einem Mädchen. Im Alter von 4 Jahren begann dasselbe sich in hohem Maße der Masturbation und mit 7 Jahren dem Coitus zu ergeben. Die Untersuchung der Genitalien zeigte nichts Besonderes, das Hymen war zum größten Teile erhalten. Nachforschungen bezüglich der Heredität ergaben, dass bei verschiedenen Verwandten väterlicherseits übermässige Libido sexualis bestanden hatte. Dieser Umstand, verbunden mit der schlechten Erziehung, mögen bei dem Kinde die Entwickelung der perversen Triebe befördert haben. (*Il Morgagni.* 1896. No. 11.)

C. Müller-Genf.

Zur Therapie der Impotentia coeundi, von R. Netschai-Grusewitsch. (*Medicina.* 1896. No. 14.) Der Merkwürdigkeit halber wollen wir erwähnen, daß Autor einen seiner Meinung nach äußerst einfachen Apparat, bestehend aus Sattel und Metallschiene, konstruiert hat, der namentlich bei der auf psychischer Ursache basierenden Impotenz seine Anwendung finden soll. Ob sein Wunsch erfüllt worden, teilt Autor allerdings nicht mit. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Eine bakteriologische Untersuchung über den relativen Wert der für die Desinfektion der Hände gebrauchten Agentien, von Ch. Leedham-Green. (*The Brit. med. Journ.* 17. Oktober 1896.) Der Verfasser kommt auf Grund seiner unter Beobachtung aller Kautelen ausgeführten Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Schwierigkeit, die Hände und die Haut zu sterilisieren, ist sehr stark unterschätzt worden. Man kann nicht sagen, dafs irgend eine der gegenwärtig beliebten Methoden absolute Sterilisation bewirke.

2. Die besten Resultate erhalte man durch Fürbringers Methode (gründliches Waschen der Hände mit Seife und Wasser für 5 Minuten, sodann Abreiben der Hände mit 90%igem Alkohol während 3 Minuten).

3. Der Alkohol ist hinsichtlich der Desinfektion vielleicht das wertvollste, wenn auch noch nicht idealste Agens, das wir besitzen. *C. Berliner-Aachen.*

G. Mirto beschreibt einen **Fall von abnormer Entwickelung des Platysma myoides bei einem Geisteskranken** (*Arch. di psichol., sc. pen. ed antropolog. crimin.* Bd. XVII.; ref. in *Centralbl. f. Anthropologie, Ethnogr. u. Urgeschichte.* 1897. I.). Der 60jährige Patient (früher Räuberhauptmann!) vermag spontan und auf Befehl mit der Haut der linken Thoraxhälfte solche Exkursionen auszuführen, dafs die entsprechende Hautmenge 3—4 cm höher rückt, während sich die andere Hals- und Claviculargegend in grofse Falten legt. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückchens Haut bestätigte die Vermutung, dafs es sich um das Vorhandensein eines Hautmuskels handle, der, vom Platysma ausgehend, bis zur vierten Rippe reichte. Romiti, der einen ganz analogen Fall beobachtet, hatte darauf hingewiesen, dafs die Entwickelung des Platysmas bei der schwarzen Rasse eine ausgedehntere sei als bei der weifsen. Verfasser betrachtet die Erscheinung als Atavismus mit Annäherung an die kräftige Entwickelung der Hautmuskulatur der Tiere. *C. Müller-Genf.*

Über eigentümliche Zeichnungen auf der Haut einer vom Blitze getroffenen Frau berichtet die *Meteorol. Zeitschr.* (Dezember 1896). Die Frau stand während des Gewitters in der Küche unter dem Schornstein und wurde bewufstlos aufgehoben, erholte sich aber ziemlich rasch und vollständig. Der herbeigerufene Arzt konstatierte am Nacken, der inneren Seite des rechten Arms und auf der rechten Bauchseite je eine dunkelrotblaue, am Nacken die Länge von 15 cm erreichende Figur in Gestalt eines Blattes von Phesis aquilina, das ziemlich scharf nachgebildet war. Die Kleider über diesen Stellen waren völlig unversehrt; Gefäfsveränderungen waren an den Figuren keine nachzuweisen. Bekanntlich wurden derartige Blitzzeichnungen auf der Haut irrtümlicherweise als eine Art Photographie aufgefafst; dieselben bilden aber vielmehr ein Analogon zu den bekannten Lichtenbergschen Figuren, welche die Verzweigungen der elektrischen Entladung auf einer Fläche zeigen. *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 10. 15. November 1897.

Zur Frage der Tuberculosis verrucosa.

Von

Dr. med. et phil. Arnold Sack in Heidelberg.

Vortrag, gehalten in der dermatologischen Sektion des XII. Internationalen medizinischen Kongresses in Moskau.

Der Begriff der Hauttuberkulose im weiteren und engeren Sinne des Wortes führt sein Dasein erst seit dem Tage der Entdeckung des Tuberkelbacillus, wenn auch schon vor Villemin und Koch vereinzelte Beobachter den Zusammenhang mancher zu dieser wichtigen Gruppe gehörenden Formen mit der Phthisis pulmonum erkannt hatten. Als nun die Zeit der Sammlung kam, fing man an, die disjecta membra zu einem Ganzen zu fügen. Den Anfang hatte man schon beim Lupus gemacht. Man kannte einzelne Arten dieses wichtigsten Repräsentanten der Hauttuberkulose schon seit Celsus' Zeiten. Aber Willan allein hat ihm die bestimmte und einheitliche Bedeutung gegeben, welche er bis auf den heutigen Tag beibehalten hat. Als Alibert und Gibert nachher den Lupus in „dartre rongeante scrophuleuse" umwandelten, sprachen sie damit schon die Idee der Zusammengehörigkeit des Lupus mit der allgemeinen Scrophulose aus, in dem Sinne, wie die letztere damals definiert wurde, also etwa gleichbedeutend mit unserer heutigen Tuberkulose. Allerdings versuchten wieder Rayer, Beaumès, Alibert und Cazenave den scrophulösen vom „idiopathischen" Lupus zu trennen, aber der Autorität Hardy, Devergie und Bazins gelang es endgültig, den Lupus als eine durchweg scrophulöse Erkrankung der Haut zu definieren. Daher die Bezeichnung „Scrophulide", welche Hardy dem Lupus beilegte. Unter seinen sechs Formen unterschied er eine, die er „type verruqueux" überschrieb. Allerdings sollte dieser zwei Formen enthalten, eine die auf ulcerösem Boden papillomartig wuchert und die andere, die auf geschlossener Haut warzenartig emporschießt. Aber beide gehörten nach Hardy zu Scrophuliden, beide waren nur Varietäten einer und derselben Art. „Scrophulide verruqueuse" in dieser oder jener Varietät blieb immerhin Scrophulide und

entsprach dem Lupus verrucosus der deutschen Autoren. Dieser einheitlichen Auffassung des verrukösen Lupus machte aber bald Bazin ein Ende, indem er das Scrophulide verruqueuse überhaupt gestrichen und an zwei Gruppen verteilte, an das scrophulide granulo-ulcéreuse dans la période ulcérative und an die Acné sébacée.

Diese längst bekannten und obsoleten Dinge trage ich hier nur deswegen noch einmal vor, weil sie eine zu grofse Ähnlichkeit mit den Vorgängen zeigen, welche sich viel später, in den ersten Jahren unseres Jahrzehntes, innerhalb desselben Krankheitsbegriffes in Deutschland abgespielt haben.

Nach Kochs Entdeckung suchte man alle Erkrankungen der Haut, die auf die Gegenwart seines Bacillus notorisch zurückgeführt wurden, in eine besondere Gruppe, die der Hauttuberkulose, auszuscheiden. Selbstverständlich kam Lupus an die Spitze dieser Gruppe, Lupus mit allen seinen schier unendlichen Variationen, darunter auch mit seiner verrukösen Varietät. Aber es dauerte nicht lange und auf das Werk der Sammlung und der Generalisierung folgte das der Zersplitterung und der Spezialisierung. Zunächst stellte man dem Lupus an die Seite die tuberkulösen Ulcerationen, die vornehmlich an den Ostien des Körpers auftreten, dann Scrophuloderma (das scrophulide gommeuse oder gommes scrophuleuses der Franzosen). Man fand auch, dafs die Haut von Miliartuberkulose befallen werden kann (Jarisch). Man stellte eine abgeschwächte Form der Hauttuberkulose auf, die früher von Hebra Lichen scrophulosorum benannt wurde (Sack, Jacobi, Hallopeau). Man trennte aber auch einen Teil der verrukösen Lupusvarietäten vom Lupus ab und machte daraus eine neue Form, die der Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl-Paltauf), zu der auch die Verruca necrogenica in sehr enge verwandtschaftliche Beziehung gebracht wurde. Seit jener Zeit mehren sich von Jahr zu Jahr neue Formen der Hauttuberkulose.

Es ist nicht meine Aufgabe, über verschiedene Formen der Hauttuberkulose hier zu reden, — inwiefern namentlich ihre Aufstellung und strikte Abtrennung von den schon bekannten Formen gerechtfertigt erscheint. Ich wollte nur bei der verrukösen Form etwas verweilen.

Wie gern ich auch zugebe, dafs die Tuberculosis verrucosa cutis mitunter sehr charakteristische Besonderheiten in klinischer Beziehung aufweist, so ungern möchte ich die definitive und prinzipielle Trennung derselben vom Lupus vollzogen sehen. Ich gebe zu, dafs die vielen von den Begründern der neuen Krankheitsform aufgestellten Besonderheiten ausreichen würden, um eine besondere einheitliche Form aus ihr zu machen, falls die übrigen Lupusarten überhaupt nicht existiert hätten, bestreite aber entschieden, dafs die Gesamtheit dieser Besonderheiten uns verpflichten sollte, diese Form in einen prinzipiellen Gegensatz

zu den übrigen Lupusarten zu bringen. Mit anderen Worten: Die klinischen Merkmale, welche Riehl und Paltauf bestimmt haben, aus ihren Fällen eine besondere Art der Hauttuberkulose zu machen, sind, wenn man sie aus der nächsten Nähe betrachtet, wohl geeignet, aus diesen Fällen eine klinische Varietät des Lupus zu bilden, sind aber durchaus nicht so bedeutend, dafs sie die enge Zusammengehörigkeit dieser Fälle mit der Gruppe Lupus — in klinischer wie in histologischer Beziehung — zu vernichten vermöchten. Sie würden vielleicht sagen: ich verfalle dabei in den gewöhnlichen Fehler, der die Entwickelung unserer Wissenschaft überhaupt kennzeichnet, ich lasse mich hier auf einen Kampf um Worte, um Benennungen, um Klassifikationen ein. Ich meine dennoch, dafs die Frage durchaus nicht so einfach liegt und dafs wir im Interesse der harmonischen und einheitlichen Entwickelung unserer Wissenschaft bestrebt sein sollten, alle über das Mafs des klinisch Notwendigen hinausgehenden Trennungen, Zersplitterungen und Sonderungen nach Möglichkeit zu vermeiden. Es war wahrhaftig eine grofse Errungenschaft, als man in den klinisch so heterogenen Formen, die wir jetzt zur Hauttuberkulose zählen, nur die Produkte eines und desselben Giftes erkannt hat. Das war im wahren Sinne des Wortes eine wissenschaftliche Leistung, denn die Wissenschaft besteht weniger in Trennung als in Vereinigung. Eine Leistung, die darauf hinausgeht, die Zusammengehörigkeit — gleichviel, ob unter anatomischem oder ätiologischem Gesichtspunkte — zweier anscheinend verschiedenen Krankheitstypen oder Zustände nachzuweisen, ist in meinen Augen mehr wert, als eine solche, welche in rein analytisch-formaler Weise eine organisch verwandte Gruppe je nach diesen oder jenen Merkmalen wieder in so und soviel quasi ganz neue oder unbekannte Formen zu spalten sucht. Diese letztere Art kann für didaktische Zwecke mitunter unentbehrlich sein und es liegt mir daher fern, die Berechtigung der analytischen und trennenden Methode anzutasten. Ich will nur sagen, dafs man sich hüten mufs, ihr das Übergewicht über dem rein wissenschaftlichen Teil unserer Arbeit zu verleihen, der darin besteht, in zwei äufserlich heterogensten Dingen das Einigende, das ihnen zu Grunde liegende Moment oder Prinzip zu entdecken. Geben wir dagegen dem trennenden Prinzip freieren Lauf als es verdient, so laufen wir selbst Gefahr, uns in Einzelheiten zu verirren und das Grofse, das Verbindende, aus dem Auge zu verlieren.

Es wäre etwas ganz anderes, wollten wir überhaupt eine neue Systematisierung der Gruppe der Hauttuberkulose vornehmen und den Begriff Lupus, diesen so fest fundierten Begriff, gründlich revidieren. Wollten wir z. B., wie es einzelne wünschen, mit der Hauttuberkulose so verfahren, wie wir mit der Hautsyphilis verfahren, wo wir im grofsen und ganzen nur zwei Produkte der Syphilis, Syphilide und Syphilome, unter-

scheiden, so wäre die Umordnung eine vollständige und wir würden dadurch der Einteilung von Hardys Scrophuliden wieder näher kommen. Wir hätten nur Tuberkulide von Tuberkulomen der Haut zu unterscheiden, und die grofse Gruppe des Lupus würde in lauter verschiedene charakterisierte Tuberkulide zerfallen. Darunter würde auch die Tuberculosis verrucosa cutis als ein gleichwertiges Glied der Tuberkulide, also als verruköses Hauttuberkulid, zusammen mit ulcerösen, tuberösen, serpiginösen, papulo-ulcerösen u. a. Tuberkuliden figurieren. Ich glaube aber kaum, dafs dieser Vorschlag überhaupt diskutabel wäre. Er würde sich auf eine nur unvollständige Analogie mit der Syphilis gründen, und unvollständige Analogien sind ja auch gefährlich.

Daraus folgt, dafs, so lange wir den Lupusbegriff noch nicht verabschiedet und eine vollständige Umordnung der tuberkulösen Erkrankungen der Haut noch nicht vorgenommen haben, wir vorläufig wenigstens die verruköse Hauttuberkulose noch beim Lupus belassen sollten.

Denn was unterscheidet schliefslich diese Tuberkulose vom Lupus?

Riehl und Paltauf sagen, dafs der Lupus verrucosus, dessen Existenz sie nicht bestreiten, sich von ihrer Tuberculosis verrucosa cutis dadurch unterscheide, dafs bei ihm anfangs braunrote Knötchen erscheinen, die nie derb oder entzündet sind, während bei ihrer Krankheit nie makroskopische Knötchen und auch nie ulceröser Zerfall wie beim Lupus verrucosus vor der Papillombildung beobachtet werde. Dies ist das Punctum saliens der Differentialdiagnose, denn wie wunderbar genau auch die klinischen Erscheinungen der Tuberculosis verrucosa cutis, sowie auch ihre Histologie von Riehl und Paltauf und allen, welche die Krankheit nach ihnen studierten, beschrieben wurde, sie reichen alle nicht aus, prinzipielle Kriterien für die Differentialdiagnose: Lupus verrucosus oder Tuberculosis verrucosa zu gewinnen. Weder die Lokalisation, noch das Alter, noch die äufserlichen Merkmale, unter welchen die starke Papillenproliferation mit Verhornung und Bildung von oberflächlichen Pünktchen und Abscefschen, noch schliefslich der Verlauf und zu guterletzt auch die histologischen Besonderheiten — würden uns berechtigen, diese Form in einen Gegensatz zum Lupus zu bringen. Am wenigsten namentlich die histologischen Veränderungen, aus denen es hervorgeht, dafs im Stratum subpapillare kleine Infiltrate in Form von Knötchen, deren Struktur nicht wesentlich von jener der oberflächlichen Lupusknötchen oder, wie sie Unna nennt, Lupome verschieden ist, angeordnet sind, dessen makroskopische Erkennung aber durch die mächtige Auflagerung von Hornmassen unmöglich gemacht wird. Riehl selbst hebt hervor, dafs er die erste Entwickelung der Plaques nie beobachten konnte und dafs er genötigt war, das Studium der jungen Veränderungen der Haut nur auf die Randzone älterer Plaques zu beschränken. Wo ist aber die Grenze, welche diese

mikroskopischen im subpapillären Stratum belegenen Knötchen von den durch verdünnte Haut durchschimmernden gröfseren Lupomen trennt. Ich würde in Verlegenheit kommen, wenn ich sie bezeichnen müfste.

Doch will ich hier nicht eine umfassende Kritik üben. Sehr gute Arbeiten, aus der Bonner Klinik namentlich, haben schon darauf hingewiesen, dafs ungeachtet der sehr genauen Mitteilungen über die Klinik und Anatomie der Tuberculosis verrucosa cutis, welche wir Riehl und Paltauf sowie anderen Autoren verdanken, die Bedenken gegen die Aufstellung einer neuen Form der Hauttuberkulose nicht als beseitigt gelten können.

Nach meiner Auffassung ist die Riehlsche Tuberculosis verrucosa cutis nur eine sehr interessante Varietät des Lupus verrucosus. Sie ist nur eine auf die Streckseiten der Hände und Arme, seltener auf die Beine und den Stamm lokalisierte, sehr oberflächliche, auf der Höhe des obersten Blut- und Lymphgefäfsnetzes verlaufende und die Epithelelemente der Haut vorwiegend wegen ihrer oberflächlichen Ausbreitung stark in Mitleidenschaft ziehende lupöse Erkrankung der Haut. Die klinische Eigentümlichkeit der Krankheit ist zum gröfsten Teil durch funktionelle und anatomische Besonderheiten des Substrates, auf dem sie sich entwickelt, bedingt. Auf diesen letzteren Punkt lege ich ganz besonderes Gewicht, denn dadurch läfst sich manches erklären. Bedenken wir doch, dafs die Streckseite der Finger und der Hand diejenige Körperpartie ist, die am häufigsten verschiedene, infolge von Trauma oder Infektion entstandene warzige Gebilde zeigt und dafs die Verruca vulgaris z. B. mit Vorliebe gerade hier haust. Es besteht also hier vermöge bestimmter anatomischer Bedingungen eine besondere Disposition zur Akanthosis, verbunden mit Papillenproliferation und Hyperkeratosis. Berücksichtigen wir, dafs vermöge der hochentwickelten funktionellen Vollkommenheit der Hand als Greif- und Tastorgan hier, erstens, die Cutis sehr verdünnt und mit der Unterlage nur sehr locker verbunden ist und, zweitens, die Papillen eine hohe Entwickelung erlangt haben, so darf es uns nicht wundern, wenn eine hier platzgreifende, von aufsen eingeimpfte lupöse Erkrankung, anstatt wie an derben, mit dicker Subcutis versehenen Körperteilen in die Tiefe zu gehen und deutliche, makroskopisch wahrnehmbare Lupome zu bilden, nur ganz oberflächliche Veränderungen setzt. Diese Veränderungen bilden für den reich entwickelten Papillenbaum, unter dem sie sich unmittelbar abspielen, einen chronischen Reiz, der zur Papillenproliferation führt und schliefslich die warzigen, endzündlich gereizten Gebilde der Riehlschen Krankheit erzeugt.

Dafs die exogene Inokulation des Tuberkelbacillus in die oberen Schichten der Cutis in der Entstehung unserer Affektion die Hauptrolle spielt, kann nicht mehr bezweifelt werden. Auch der gewöhnliche Lupus

kann seinen Anfang durch exogene Inokulation nehmen, wenn auch für die Mehrzahl der Fälle nach meiner Überzeugung das Gegenteil, namentlich die Infektion der Haut von innen heraus, aus irgend einem tuberkulösen Herd in der Nachbarschaft, gilt. Dafs diese Inokulation auch eine Autoinokulation sein kann, insofern als ein Phthisiker z. B. sich selbst mit seinem eigenen Lungensekret (VIDAL) infizieren kann, ist auch kein seltenes Vorkommnis.

Wichtiger und interessanter scheinen mir aber diejenigen Fälle zu sein, die allerdings auch viel seltener sind, wo die Infektion einen entgegengesetzten Weg einschlägt, wo sie lokal beginnt, von Stufe zu Stufe fortschreitet, zunächst die regionären, dann auch die entfernten Drüsen in Mitleidenschaft zieht und schliefslich mit generalisierter Tuberkulose und Phthisis pulmonum endet.[1] Über einen solchen Fall möchte ich Ihnen heute zum Schlufs noch berichten.

Ein 31jähriger Mann, mit Tuberkulose nicht nachweislich belastet und sonst gesund, ist seit 7 Jahren in der Holzputzerei einer Zellstofffabrik beschäftigt, wo er häufig in Berührung mit allerlei Abfällen, mitunter auch verdächtigen Ursprungs, kam. Vor $5^1/_2$ Jahren entwickelte sich bei diesem Mann am Mittelfinger der rechten Hand ein Panaritium, das nach der Incision und Ausstofsung eines Sequesters langsam aber glatt heilte. Eine deutliche fibröse Verdickung und geringe Verkürzung der Endphalange ist alles, was vom Panaritium zurückgeblieben ist. $1^1/_2$ Jahre später bildet sich nun etwa an der Grenze der zweiten und ersten Phalange, an der Dorsalseite desselben Fingers eine kleine rote erhabene Stelle, die nach und nach das Aussehen einer zerklüfteten Warze bekommt und schliefslich die ganze Grundphalange einnimmt. Etwa ein Jahr später bildet sich in der Mitte des Handrückens eine ähnliche kleine Stelle, die etwas rascher wächst als die erste und auch zerklüftet und warzig wird. Jetzt fällt es dem Patienten auf, dafs nicht nur die Drüsen in der Ellenbogengegend, sondern auch die in der Achselhöhle sehr stark geschwollen sind. Nach einer gewissen Zeit tritt, ohne dafs schwerer Husten sich vorher eingestellt hätte, eine leichte Hämoptoë auf, welche übrigens das Allgemeinbefinden des Patienten nicht im geringsten angreift. Inzwischen macht die Hautaffektion weitere Fortschritte. Nach zwei Jahren erscheint nämlich ein dritter Plaque an der ulnaren Seite des Handgelenks, bald darauf zwei weitere Plaques, ebenfalls an der ulnaren Seite des Vorderarms, von denen der jüngste, also der fünfte, schon dicht unter dem Olekranon sitzt. Die Drüsenschwellungen nehmen immer zu.

Als ich den Patienten sah, bot er das klassische Bild der RIEHLschen Krankheit dar. Die älteste Plaque zeigte schon beginnende centrale Vernarbung, die zweite und die gröfste befand sich im Floritionsstadium, während die drei jüngeren aufser starker Schuppung nichts von verruköser Beschaffenheit erkennen liefsen. Die Untersuchung der Lungenspitzen ergab fortgeschrittene Zerstörungen und im Sputum fanden sich massenhaft Bacillen.

Die Behandlung bestand in Excision der zwei älteren Plaques, der eine Transplantation nach THIERSCH folgte, in Kauterisation und Auslöffelung der jüngeren Plaques und in Exstirpation der Cubital- und Axillardrüsen. Die Wunden heilten

[1] Erzählt man doch vom berühmten LAENNEC, dafs er, nachdem er sich an einer tuberkulösen Leiche infiziert hatte und einen Leichentuberkel bekam, sich nicht wieder erholen konnte und 20 Jahre später an Phthisis zu Grunde ging.

bis auf eine kleine Ulceration sehr prompt und glatt. Die Tuberkulose, die generalisierte Tuberkulose nämlich, die Phthisis pulmonum konnte nicht mehr ausheilen. Einige Monate später bekam ich aus der Heimat des Kranken die Nachricht, dafs er seinem Leiden erlegen war.

Die Biopsie wurde gemacht und ergab ein im wesentlichen mit Riehlscher Schilderung übereinstimmendes Bild. Die Drüsen waren stark tuberkulös und bis in die Achselhöhle hinein verkäst.

Ich bitte Sie, meine Herren, bei dieser Krankengeschichte drei Punkte zu berücksichsichtigen: 1. Die Affektion entwickelt sich augenscheinlich im Anschlufs an ein suspektes Panaritium; 2. die fortschreitende Reihe der Plaques entwickelt sich entlang einer Linie, die dem Verlaufe der oberflächlichen Lymphgefäfse entsprechen dürfte. 3. Auf die Infektion der entfernten Drüsengebiete folgt Lungentuberkulose.

Man könnte natürlich auch an die primäre Lungentuberkulose und an sekundäre Hautinfektion im Vidalschen Sinne denken, doch spricht die ganze Krankengeschichte dagegen, und auch der Patient beteuerte, befragt, ob er die Gewohnheit habe, sich den Mund mit dem Rücken der rechten Hand abzuwischen, dafs er sich stets des Taschentuches bediene.

Die Behandlung der Syphilis mittelst Einspritzung löslicher und unlöslicher Quecksilberpräparate.

Referat,
erstattet auf dem XII. internationalen medizinischen Kongresse zu Moskau 1897

von

Prof. G. Soffiantini-Mailand.

Bevor ich mit meinem Bericht beginne, sei es mir gestattet, einige Worte des Nachrufes unseren verstorbenen Kollegen Smirnoff und Stoukowenkoff zu widmen, diesen beiden bedeutenden Vertretern der russischen Dermatologie. G. Smirnoff, mit dem ich Jahre lang in wissenschaftlichem Briefwechsel stand, mufste gerade in dem Augenblicke davongehen, als mir der Kongrefs Gelegenheit geben sollte, seine persönliche Bekanntschaft zu machen. Mit Prof. Stoukowenkoff hatte ich als Vertreter der italienischen Regierung das Glück, auf dem dritten internationalen Kongresse zu London bekannt zu werden; wegen seiner hohen wissenschaftlichen Bedeutung hatte ich ihn aber schon längst hochgeschätzt. Damals in London sagte er, er freue sich, mich dieses Jahr hier in

Moskau wiederzusehen; nun ist auch er uns entrissen. Aber die Namen von SMIRNOFF und STOUKOWENKOFF werden aus den Annalen der Wissenschaft nicht verschwinden und die Geschichte der Medizin wird ihnen für ihre Leistungen ein dankbares Andenken bewahren!

Indem ich nunmehr zu meinem eigentlichen Thema übergehe, möchte ich die Erörterung mit der Frage beginnen: Welches ist der Zweck der Medizin? Die Antwort darauf ist sehr leicht zu geben: Der Zweck der Medizin ist zu heilen. Und wenn uns nun zu diesem Ende verschiedene Wege offen stehen, werden wir da nicht selbstredend den kürzesten und bequemsten einschlagen? Von den verschiedenen Methoden, eine Krankheit zu behandeln, wird man natürlich derjenigen, die sich am leichtesten ausführen läfst und die daher jeder bequem anwenden kann, den Vorzug geben.

Diese allgemeinen Sätze vorausgeschickt, wende ich mich jetzt zur Besprechung der Spritzkur bei der Syphilis. Dies Verfahren ist bekanntlich zuerst von SCARENZIO in die Wissenschaft eingeführt worden. Von den Versuchen von HEBRA und HUNTER mit dem Sublimat hatte er keine Kenntnis, und er wählte das Kalomel, weil dieses im Wasser unlöslich ist und in den Geweben erst langsam und allmählich mit Hülfe der Chlorverbindungen der Alkalien in Sublimat umgewandelt wird. Sprechen wir von Kalomeleinspritzungen oder von der Behandlung mit unlöslichen Salzen, so meinen wir immer dies Verfahren von SCARENZIO. Von löslichen Quecksilbersalzen wird in der Folge nur das Sublimat berücksichtigt werden, das teils intramuskulär, teils intravenös eingespritzt wird.

Die Behandlung der Syphilis mittelst innerlicher Darreichung von Quecksilber oder mittelst Quecksilbereinreibungen gehört heute fast schon der Vergessenheit an. Wie viele unserer Patienten, die wegen Syphilis zu uns kommen, leiden doch an gastrischen oder gastro-intestinalen Störungen, an Anämie u. s. w. Da gilt es, das Verdauungssystem zu schonen, das mit der Ernährung und Kräftigung des ganzen Organismus schon genug zu thun hat. Die Richtigkeit dieser Anschauung wird ja auch gerade durch den Vorwurf bewiesen, den man den intramuskulären Kalomeleinspritzungen macht, dafs sie nämlich Stomatitis, Foetor ex ore u. s. w. erzeugen. Das kann man ja aber freilich leicht vermeiden, wenn man die Vorsicht gebraucht, die Kranken vor Beginn der Behandlung sorgfältig zu untersuchen und etwaige Unregelmäfsigkeiten des Magens und des Darmes erst zu beseitigen, sowie auch für eine Hygiene des Mundes zu sorgen. Bei diesem Verhalten habe ich fast niemals einen von den genannten schlimmen Zufällen zu beklagen gehabt. Was die Hygiene des Mundes anbelangt, so wissen wir ja alle, dafs die Gingivitis da zuerst auftritt, wo ein kariöser Zahn sitzt. Das Kalomel an und für

sich also ist an dem Zustandekommen derartiger Entzündungen ganz unschuldig und bei Patienten mit gesunden Zähnen und gesunder Verdauung können wir zahllose Kalomeleinspritzungen machen, ohne dafs wir eine Stomatitis oder Hydrargyrose zu fürchten hätten.

Betrachten wir nunmehr die älteste Art der Syphilisbehandlung, die Schmierkur, so sehen wir, dafs dieselbe für die meisten Fälle jetzt verlassen ist. In den Zeitschriften ist fast ausschliefslich von Einspritzungen und so gut wie niemals mehr von Hg-Einreibungen die Rede. Das hat seine guten Gründe. Denn einmal ist die Schmierkur wegen der vielen Wäsche, die man dabei sowohl in der Privatpraxis wie auch im Krankenhaus gebraucht, recht kostspielig; und zweitens wird dieses Verfahren deshalb mehr und mehr verlassen, weil es so umständlich und auch ganz unwissenschaftlich ist, denn man weifs niemals, wie viel Quecksilber zur Zeit eigentlich resorbiert ist.

Hören wir, wie NICOLICH sich über die Schmierkur äufsert: „Niemand", so sagt er, „bestreitet den Quecksilbereinreibungen eine grofse therapeutische Wirksamkeit, aber die Wirkung der subcutanen und intramuskulären Einspritzungen gilt heute unbestritten als viel stärker. Der Einwand der Gegner, wer von der Schmierkur keine befriedigenden Ergebnisse erhalte, der habe sie nicht lege artis angewandt, bedarf keiner langen Widerlegung."

Für mich liegt das Punctum saliens der ganzen Frage in folgendem: Werden die Einreibungen nicht richtig ausgeführt, indem man zu wenig oder zu schlechtes Quecksilber verwendet, oder die einzelne Reibung nicht lange und nicht kräftig genug vornimmt, so sind sie nur wenig wirksam. Erfordert aber ein Mittel, um nützlich zu sein, sehr viel Aufmerksamkeit und Umsicht seitens der Patienten, so ist man wohl berechtigt, ihm ein anderes vorzuziehen, das leicht zu handhaben und von rascher und gründlicher Wirkung ist.

Gegen die Einreibungen sprechen ferner die Dermatosen, die in ihrem Gefolge nicht selten sind, sowie der Umstand, dafs auch die anderen Abteilungskranken gezwungen sind, die Hg-Dämpfe einzuatmen. Aufserdem sind viele Kranke, bei denen die Schmierkur erfolglos angewandt war, durch die Einspritzungen geheilt worden. So in einem Fall von papulöser Syphilis mit Plaques der Zungen- und Lippenschleimhaut; hier waren 90 Einreibungen erfolglos gewesen, während schon nach zwei Einspritzungen von nur je 0,1 Kalomel Heilung eintrat und ein Rückfall innerhalb dieser letzten sechs Jahre sich nicht gezeigt hat! In einem anderen Fall, wo mehr als 20 Einreibungen wirkungslos waren, erzielten neun Kalomeleinspritzungen völlige Heilung der sehr hartnäckigen Syphilis.

Die Behandlung der Syphilis mit Sublimateinspritzungen er-

fordert eine so häufige Wiederholung dieser Injektionen (oft bis zu mehreren Hunderten), dafs diese Methode den Vergleich mit dem Kalomel gar nicht aushält. Aufserdem teilte mir ein italienischer Militärarzt mit, dafs, während die mit Kalomel behandelten Soldaten sich alle wohl befanden, bei den mit Sublimat Eingespritzten sich allemal Vergiftungserscheinungen zeigten.

Bei den intravenösen Einspritzungen (Baccellis Methode) wird das Quecksilber zu schnell wieder ausgeschieden, um eine heilende Wirkung entfalten zu können. Dr. Colombini von Siena hat in dieser Beziehung vergleichende Beobachtungen angestellt und konnte die Behauptungen von Nicolich nur bestätigen.

Ich wende mich jetzt der Wirkungsweise und der Technik der Kalomeleinspritzungen zu. Dabei möchte ich vorausschicken, dafs ich im folgenden immer nur von der intramuskulären und nicht von der subcutanen Einspritzung rede. Letztere wurde von Smirnoff empfohlen, weil er fürchtete, dafs das in die tiefer liegenden Gewebe, d. h. in die Muskeln eingeführte Kalomel zu grofsen Unzuträglichkeiten Anlafs geben könnte. Diese Furcht war aber ganz unbegründet und die Erfahrung hat im Gegenteil gezeigt, dafs gerade die intramuskulären Einspritzungen sich als die wirkungsvollen erwiesen. Das hat dazu geführt, dafs man auch andere Stoffe, wie Chinin, Ergotin, Eisensalze u. s. w. auf diese Weise dem Körper zuführte.

Bevor das Verfahren Scarenzios in so wirkungsvoller und allgemein anerkannter Weise verbessert wurde, machten die Gegner dieser Methode namentlich den Vorwurf, dafs sie zur Abscefsbildung führe. Diese Gefahr ist jetzt ja beseitigt, wozu einmal der von Smirnoff vorgeschlagene Ort der Einspritzung, zweitens das von Balzer in die Praxis eingeführte keimfreie Oleum Vaselini und drittens endlich die vervollkommnete Asepsis überhaupt, ohne deren genaue Befolgung gar kein Eingriff mehr vorgenommen wird, beigetragen haben. Dafür macht man der Methode nun aber einen anderen Vorwurf: sie solle zur Knotenbildung führen. Ich verstehe diesen Vorwurf einfach nicht, denn bei den Tausenden von Einspritzungen, die ich schon ausgeführt habe, sind niemals Knoten entstanden. Dieselben kommen nämlich ebenfalls nur dann zu stande, wenn man die nötigen Vorsichtsmafsregeln aufser Acht läfst. Wenn man aber den Ort, an dem man die Einspritzung vornehmen will, vorher sorgfältig reinigt, wenn ferner die Nadel — und es genügt die Nadel einer einfachen Pravazschen Spritze — gleichfalls sauber gehalten ist, und wenn man schliefslich die Einspritzungen senkrecht in die Dicke der Muskulatur macht, dann kann man sicher sein, niemals Knoten zu bekommen.

Ein anderer Einwurf, den man den Kalomeleinspritzungen gemacht hat, ist der, dafs sie schmerzhaft seien, und Fournier teilt in einer

sehr beachtenswerten Arbeit mit, dafs in 400 von ihm nach dieser Methode behandelten Fällen 80 mal über Schmerz geklagt wurde. In diesem Punkt aber mufs ich dem berühmten FOURNIER, trotzdem ich sonst die gröfste Hochachtung für ihn hege, doch widersprechen. Denn das wolle man wohl beachten, der Schmerz ist, ebenso wie die Idiosynkrasie, immer nur ein ganz subjektives Symptom. Angenommen aber auch, dieser Vorwurf habe eine gewisse Berechtigung, so erwidere ich, dafs er die Kalomeleinspritzungen nicht allein trifft; denn wozu fügte man der Sublimatlösung Kokain hinzu, wenn nicht auch diese Schmerzen bereitete? Und aufserdem: sind nicht auch Ergotin-, Chinin- u. s. w. Einspritzungen schmerzhaft? und sollten wir sie deshalb unterlassen, trotzdem wir sie sonst für angezeigt halten? Ferner: Wenn man so wehleidig ist, mit welchem Recht durfte man dann SIMPSON, der seinen Patientinnen während des Geburtsaktes Chloroform gab, daraus einen Vorwurf machen, indem man ihm die Worte der Bibel entgegenhielt: „Unter Schmerzen sollst Du gebären"? Seien wir aufrichtig: Der geringe Schmerz, der auf die Kalomeleinspritzungen folgt, kommt neben den grofsen Vorteilen, die sie dem Kranken bringen, gar nicht in Frage!

BERTARELLI äufsert sich über diesen Punkt folgendermafsen: „Ich habe ungefähr 2000 Kranke mit Kalomeleinspritzungen (0,1—0,2 : 10,0 Glycerin oder Ol. Vaselini) behandelt, habe aber niemals schlimme Folgen danach gesehen. Die Patienten konnten ihrer Beschäftigung nachgehen, schwere Arbeiten verrichten, zu Pferde sitzen u. s. w. Nach Einspritzung von 0,25 Kalomel in den Arm (Verfahren von SCARENZIO) erhielt ich allerdings allemal einen Abscefs; dieser Abscefs war aber unbedeutend und heilte schnell wieder. Seitdem ich jedoch 0,1 Kalomel in die Gesäfsmuskeln einspritze (Methode SCARENZIO-SMIRNOFF), vorausgesetzt, dafs die Asepsis streng beobachtet wird, habe ich fast nie mehr Abscesse." (Internationaler Kongrefs für Dermatologie, Paris 1889. Berichterstattung vom General-Sekretär Dr. H. FEULARD. Paris 1890. S. 508.)

Denselben Standpunkt nehmen auch NICOLICH, BALZER, JULLIEN und andere ein.

Aber auch die Kranken haben keine Furcht vor den Kalomeleinspritzungen, weder diejenigen der Hospitäler noch diejenigen der Privatpraxis. Ja, in den Kliniken verlangen die Patienten sogar diese Einspritzungen, nachdem sie an ihren Leidensgefährten die günstige Wirkung beobachtet haben; und auch in der Privatpraxis kann man ähnliches beobachten.

NICOLICH erzählt, er sei die ersten Male bei den Einspritzungen auf etwas Widerstand gestofsen, weil die Leute im Hospital nichts anderes kannten als die Einreibungen; dieser Widerstand sei aber bald geschwunden, als er mit den ersteren verschiedene Patienten geheilt hatte, die trotz mehrfacher Schmierkuren nicht besser werden wollten.

Bei Syphilomen und bei tertiärer Syphilis, wo andere Mittel im Stiche liefsen, wurde mit dem Kalomel Heilung erzielt. Auch bei der Syphilis des Nervensystems, bei Hirn- und Rückenmarkssyphilis haben sich die Kalomeleinspritzungen erprobt (Stefanini, Nicolich, Fournier u. s. w.). Ihre Wirksamkeit ist ferner erwiesen bei der Syphilis der Eingeweide (Hepatitis syphilitica — Nicolich; Lungensyphilis — Jullien, Scarenzio, Soffiantini). Unter den Spezialfächern sind es namentlich die Ophthalmologie, die Oto-, Rhino-, Laryngologie und die Pädiatrie, die sich des neuen Verfahrens mit bestem Erfolg bedient haben. Die besten Namen der Wissenschaft, ein Zuaglino, Gatti, de Magei, Rampoldi, Denti Galezowski, Signata, Forlanini, Brugnatelli, Cozzolino, Zarrina, Masini, Mendel, Poli, Nicolich, Hermes, Stefanini bezeugen die Richtigkeit dieses Satzes.

Aber es giebt noch eine andere Disziplin, die sich der Wohlthaten der neuen Methode erfreuen darf; ich meine die Chirurgie. Auch hierfür führe ich die vielen von Scarenzio, Stefanini, Jullien, Nicolich, Brugnatelli, Mendel u. s. w. und von mir veröffentlichten Fälle zum Beweise an. Da handelte es sich um Zungensyphilome, die für Carcinom gehalten wurden und die nach zwei bis drei Kalomeleinspritzungen rasch und völlig verschwanden, oder um Tumoren in den Gelenken, die auch erst eine falsche Diagnose erleiden mufsten, bis sie durch Kalomel beseitigt wurden (Scarenzio, Jullien, Nicolich, Soffiantini). Jullien und Armand haben in dieser Hinsicht das Richtige gesagt: „Wenn die Chirurgie diese wunderbare Methode nicht benutzt, so geschieht das nicht, weil sie sie verwirft, sondern weil sie sie nicht kennt."

Kontraindiciert sind die Kalomeleinspritzungen nur in den wenigen Fällen von schwerer Albuminurie, schwerem Diabetes, ernsten Lebererkrankungen und, wie Jullien hervorhebt, bei langdauernder Eiterung, weil es dabei unmöglich ist, den Injektionsherd aseptisch zu erhalten.

Dagegen ist das Verfahren angezeigt:

1. in den meisten Fällen primärer, sekundärer und sekundotertiärer Syphilis;
2. bei Iritis, Augen-, Kehlkopf- und Ohrenerkrankungen;
3. bei Cephalalgie;
4. bei verschiedenen Lupusformen;
5. bei Neurasthenie;
6. bei Schwangerschaft, wenn die Frau schon infolge eigener oder des Mannes Syphilis einen Abort gehabt hat;
7. bei konzeptioneller Syphilis;
8. bei Syphilis cranii et cerebri;
9. bei allen zweifelhaften Fällen von Neubildungen und Tumoren.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Notiz zur Behandlung der Dermatitis medicamentosa.

Von

Dr. Adalbert Frickenhaus,
Mülhausen i. E.

Da ich selbst an Idiosynkrasie gegen Karbolsäure und Sublimat leide und früher des öfteren mit der so überaus lästigen Dermatitis der Finger und Hände zu thun hatte, so kam ich zu einem Verfahren, welches sich mir sehr gut bewährte. Dasselbe besteht im Betupfen der frischen Bläschen mit einem zugespitzten und mit Watte montierten Hölzchen, welches in Salmiakgeist oder verdünnte Kalilauge (liquor Kalii caustici, Aqua ā) getaucht wurde. Nach dem Verdunsten resp. Eintrocknen der Bläschen pinselt man mit Kollodium. Der Juckreiz läßt sofort nach. Bei Wiederkehr desselben wird das Verfahren wiederholt. Nach etlichen Tagen tritt Abschuppung ein. Ich kann diese Behandlung wegen ihrer Einfachheit, da sie keinerlei Verbandmittel erfordert, und auch wegen ihrer Sauberkeit dringend empfehlen.

Versammlungen.

Ein Rückblick auf den Moskauer Kongreſs.

Von

Dr. Arnold Sack in Heidelberg.

„Die schönen Tage von Aranjuez sind nun zu Ende.“

Man mag über Kongresse denken wie man will, dem Moskauer Kongreſs kann niemand den Zauber einer exquisiten Herzlichkeit des Empfanges streitig machen. Diese Herzlichkeit, die an Enthusiasmus grenzte, hat die Herzen der deutschen Kollegen im Fluge erobert. Sie hat aber auch die Bande fester geknüpft, die uns mit der russischen Wissenschaft seit jeher verbanden.

Fragen wir uns, auf welchen Grundton diese Herzlichkeit gestimmt, welchen Regungen sie entsprungen war, so ist es nicht schwer, die Antwort zu finden.

Der Russe an sich ist, wenn er Gäste empfängt, der kordialste Mensch von der Welt. Er betrachtet es als seine heilige Pflicht, sich seinen Gästen bis zur Grenze des Erlaubten dienstbar zu machen, in ihnen förmlich aufzugehen. Der konventionelle Formencodex spielt dabei die allergeringste Rolle; er giebt sich ungezwungen hin, so wie er ist. Diese Gabe hat schon die Natur ihm in die Wiege gelegt. Deswegen fühlt sich jeder Fremde so wohl und behaglich in einem russischen Hause; deswegen trägt auch der gesellige Verkehr dort einen in Deutschland weniger bekannten, ungezwungenen und kordialen Charakter.

Selbstverständlich mufste diese Eigenschaft der Russen während des Kongresses in volles Licht treten. Sie erklärt aber weit nicht alles. Es kommt nämlich noch ein zweites Moment hinzu. Das öffentliche Leben in Rufsland ist nicht sonderlich reich an „Festen der Intelligenz und der Wissenschaft." Es ist hier nicht der Ort, auf die Ursachen näher einzugehen: sie sind in den eigentümlichen innerpolitischen Bedingungen begründet, welche vorerst den öffentlichen Institutionen — die wissenschaftlichen nicht ausgeschlossen — keine volle Freiheit und Entwickelung gewähren wollen. Deswegen freut sich jeder auch halbwegs intelligente Russe von ganzem Herzen auf die Gelegenheit, seine Sympathie mit den fortschrittlichen Prinzipien, die er in der Wissenschaft verkörpert sieht, offen und demonstrativ bekunden zu können. Sie ist für ihn im wahren Sinne des Wortes „ein Fest des Geistes und der Wissenschaft" (prázdnik oumà i naoúki), und wie man bei seltenen Festen in besonders gehobener Stimmung und voll Liebe und Aufmerksamkeit gegen seine Gäste zu sein pflegt, so suchte diesmal jeder den andern an Herzlichkeit zu überbieten.

Fügen wir noch hinzu, dafs für die russische Gelehrten- und Ärztewelt es überhaupt die erste Gelegenheit war, den „Orbis terrarum medicus" bei sich versammelt zu sehen, so haben wir eine Erklärung für diese Herzlichkeit, die uns alle so wohlthuend berührt hatte, gefunden.

Und nun wir, die Mitglieder der dermatologischen Sektion, haben erst recht den Zauber der russischen Gastfreundschaft und Herzlichkeit voll empfunden, denn wir haben an der Spitze unserer Gruppe einen Mann wie Prof. Pospeloff gehabt, dessen Liebenswürdigkeit und freundlicher Sinn, dessen warmer, zum Herzen gehender Ton uns allen, die in Moskau an den Arbeiten und den Veranstaltungen der Sektion teilgenommen haben, unvergefslich bleiben wird. Ihm gebührt vor allem ein Wort des Dankes für all' die selbstlose Mühe, die er an den Tag gelegt, für die vorzüglichen Einrichtungen und für die unentwegt geduldige, unverdrossene und unermüdliche Leitung der Geschäfte der Sektion. Die

Stimmung der Mitglieder fand ihren adäquaten Ausdruck in der herzlichen Dankesrede, die Prof. KAPOSI beim Sektionsdiner am vorletzten Kongreſstage an ihn gerichtet hat. Wie sich auch der verdiente Moskauer Dermatologe in seiner schlichten, bescheidenen Weise dagegen gewehrt hat, diesen reichlich verdienten Dank muſs er doch von allen entgegennehmen.

Und dann die wunderbare Klinik, in der wir getagt haben, die bei den Leitern mancher deutschen und österreichischen Hautkliniken, wie man aus verschiedenen Äuſserungen schlieſsen konnte, beinahe das Gefühl des Neides hat aufkommen lassen. Dieser herrliche palastartige Bau mit würdiger und schöner Fassade, mit majestätischem Treppenhaus, mit einem mustergültigen Auditorium, dessen in allen Stücken gediegene Ausführung nur durch die Zweckmäſsigkeit der Anlage übertroffen wird! Alles was die moderne Technik an gefälligen und zweckmäſsigen Vorrichtungen für Unterrichts-, Untersuchungs-, Behandlungs- und Studiumszwecke erfunden hat, scheint hier zusammengetragen worden zu sein. Die Klinik ist so schön und einzig in ihrer Art, daſs es uns gestattet sein möge, etwas länger bei ihren Einrichtungen zu verweilen.

Der Bau dieser herrlichen Klinik ist vom Vorgänger des Professor POSPELOFF, dem verstorbenen MANSOUROFF, angefangen worden. Die dazu erforderliche Summe von 200000 Rubel (440000 Mark) stellte ein Moskauer Philanthrop zur Verfügung. Solche Schenkungen, die häufig Millionen übersteigen, sind unter den reichen und freigebigen Moskauer Bürgern nichts auſsergewöhnliches. Ihnen verdankt die medizinische Fakultät in Moskau die meisten von ihren klinischen Prachtbauten, um die man sie beneiden kann.

Prof. POSPELOFF führte später den nach dem Tode MANSOUROFFS unvollendet gebliebenen Bau aus und drückte ihm auch den Stempel der eigenen Persönlichkeit auf. Alle Details, bis in die unbedeutendsten hinein, sind von ihm sorgsamst erwogen, durchdacht und durchprobiert worden, bis sie in Wirklichkeit umgesetzt wurden. Deswegen macht auch die Klinik den Eindruck eines einheitlichen, aus einem Guſs geformten architektonischen Gedankens auf den Beschauer. Wenn man bedenkt, daſs diese enorme Summe von fast einer halben Million Mark für im ganzen nur 60 Krankenbetten ausgegeben wurde (denn die Klinik hat je 15 Betten für dermatologische und venerische Kranke beiderlei Geschlechts, welche für Unterrichtszwecke aus dem groſsen dermatologischen Reservoir, dem Mjasnitzki-Hospital mit über 400 Betten, das auch dem Prof. POSPELOFF unterstellt ist, stets nach Bedarf herübergenommen werden), so kann man sich schon eine ungefähre Vorstellung bilden von der Licht-, Luft- und Raumverschwendung, die hier im Vergleich mit anderen dermatologischen Kliniken herrschen muſs. Die schwindelnd

hohen Säle, von Riesenfenstern mit Licht überflutet, die grofsartigen Korridore, in denen sich die Kranken des Tags über und namentlich zu Mahlzeiten aufhalten, alles nach Regeln einer strengen Aseptik mit abwaschbaren Wänden, abgerundeten Ecken und sonstigen Herrlichkeiten, die das Herz eines jeden Chirurgen erfreuen würden. Und dabei nichts Moroses, nichts, was an Krankenhäuser erinnert. Alles Holz von heller Farbe, schön poliert und abwaschbar, die gefälligen Betten von zweckmäfsigster Konstruktion, die Badezimmer mit wundervollen Marmorwannen, Douchen und Bidets mit selbstthätigen Einrichtungen, ans Prunkhafte grenzend. Das Operationszimmer nach modernen Prinzipien elegant und vollständig mit allem nötigen Zubehör der Anti- und Aseptik ausgestattet, die Laboratorien mit dem ganzen wissenschaftlichen Apparat der Neuzeit, dazu reichhaltige Bibliothek und — last not least — eine beachtenswerte Moulagensammlung in übersichtlich geordneten Glasschränken im Auditoriumsaal, welche, wenn nicht in der Zahl, so doch in der Ausführung, sich würdig an die Barettasche Kollektion im St. Louis anreiht. Denn aufser zahlreichen Barettaschen Originalarbeiten fesseln unsere Blicke meisterhafte Reproduktionen eines Moskauer Moulage-Künstlers, Herrn Fiweisky, der wohl verdient, ein ebenbürtiger Rivale des berühmten Baretta genannt zu werden.[1]

Welche Lust mufs es sein, in einer solchen Klinik zu ordinieren, in solchen Laboratorien zu arbeiten! Man ist sogar, wenn man an die Kranken dieser Klinik denkt, beinahe versucht, zu sagen, dafs es auch Lust sein mufs, hier krank zu liegen. So gefällig ist der Eindruck, den man vom Ganzen empfängt!

Wenn man sich daran erinnert, dafs es bis 1870 an der Moskauer Universität überhaupt keinen dermato-syphilidologischen Unterricht gab, so wird man selbstverständlich dazu verleitet, in dem Pospeloffschen Institut ein Symbol der rasch aufstrebenden Kurve der dermatologischen Forschung in Rufsland und speziell in Moskau zu erblicken.

Namen, wie Tarnowsky, Polotebnoff, Petersen, Majeff u. a. in Petersburg, Pospeloff, Lanz u. a. in Moskau, Gay in Kasan, Watraszewsky in Warschau, Stoukowenkoff (†), Nikolsky, Lindström in Kiew und viele, viele andere, bringen diesen Fortschritt der dermatologischen Disziplin in Rufsland so recht augenscheinlich zum Ausdruck. Die Richtungen, welche dieser oder jener eingeschlagen hat, mögen nicht immer die gleichen sein; sie mögen sich mitunter sogar direkt widersprechen. Den Wert der unabhängigen Forschung, auf die es in erster

[1] Prof. Pospeloff hat bei der Abfassung seines dermatologischen Lehrbuchs auf die Bedürfnisse der Studierenden Rücksicht genommen und bei verschiedenen Kapiteln des Buches die Nummern der Moulagen angegeben, nach denen sich der Studierende bei der Lektüre richten kann.

Linie ankommt, schmälern diese Gegensätze jedoch nicht. Wir wollen der russischen Mitschwester, der russischen Dermatologie aus vollem Herzen eine für die Gesamtheit des medizinischen Wissens für alle Zeiten ersprießliche und gedeihliche Entwickelung wünschen.

Überblicken wir die Arbeiten unserer dermatologischen Sektion aus der Vogelperspektive, so dürfen wir, denke ich, im großen und ganzen befriedigt sein. Vergessen wir nicht, daß es kein internationaler dermatologischer Kongreß war und daß folglich der Maßstab, den wir hier anlegen müssen, von dem, den wir beim speziell dermatologischen Kongreß anwenden würden, etwas verschieden ist. Immerhin wäre noch manches an den Sektionsarbeiten auszusetzen und für die Zukunft manches abzuändern.

Vor allem war zu bedauern, daß die Zahl der Krankendemonstrationen eine sehr beschränkte war und daß der Meinungsaustausch während der wenigen Krankenvorstellungen vielleicht wegen der in diesem Punkte unzureichenden Organisation sehr erschwert war. An lebendigen Fällen kann man sich mitunter, namentlich in unserer Disziplin, besser über manches verständigen als in weitläufigen Vorträgen. Dann wird wohl vielen aufgefallen sein, daß der Diskussion die ihr gebührende Bedeutung für die Aufklärung mancher strittiger Punkte weit nicht immer gewahrt blieb. Nach der Ansicht des Schreibers dieser Zeilen ist aber eine sachlich geführte Diskussion, die sich an einen Vortrag anschließt, mit dem letzteren zum mindesten gleichwertig. Durch den Fortfall der Diskussion gewannen einige Sitzungen den Charakter eines nur wenig anregenden Ablesens von geschriebenen Vorträgen. Daß die Geduld und die Aufmerksamkeit der ausdauerndsten Hörer bis aufs äußerste angespannt werden mußte bei einer mitunter fünfstündigen Dauer einer Tagessitzung, leuchtet wohl ein.

Vielleicht hat man sich auch eine größere Ausbeute für das Studium der im Westen weniger bekannten oder verbreiteten Dermatosen von diesem Kongreß versprochen, als es in Wirklichkeit eingetreten ist. Nicht einmal Lepra-Kranke, deren Rußland nach offiziellen Statistiken nicht weniger als 1204 besitzen soll, sind vorgestellt worden; allerdings trifft hier die Schuld zum Teil die gestrenge und weise russische Polizei, welche mit aller Entschiedenheit die „Einfuhr“ zweier Lepröser nach Moskau, die ein Kollege aus Südrußland mitgebracht hatte, abgelehnt hat. Die Kranken sind ohne weiteres heimgeschickt worden. Glücklicher- oder besser unglücklicherweise sieht man aber Lepröse auch anderswo.

Im großen und ganzen waren die Sitzungen reichhaltig und interessant, wenn auch nichts wesentlich Neues in ihnen ausgesagt worden ist.

Der weitaus feierlichste Tag war der Eröffnungstag, den der verehrte Sektionschef zu einem wahren Festtag zu gestalten wußte. Eine Reihe

dermatologischer „Koryphäen", wie POSPELOFF, TARNOWSKY, GAY von russischer Seite und HALLOPEAU, GAUCHER, KAPOSI, LASSAR, UNNA u. a. von den Gästen hatten die Aufgabe erhalten, nach Art einer russischen „Sakouska" (d. h. appetiterregender Imbifs vor dem Hauptessen), wie sich UNNA in seinem Vortrag treffend und witzig ausgedrückt hat, den Sektionsmitgliedern einen Vorgeschmack von dem, was in den nächsten Tagen an kompakteren Speisen zu folgen hatte, zu geben. TARNOWSKY machte uns mit der Ausdehnung der Syphilis in Rufsland in einigen knappen aber vielsagenden Worten bekannt. Die von ihm verteilte Karte des europäischen Rufslands mit der graphischen Darstellung dieser Verhältnisse erweckt schwere Bedenken und Befürchtungen für die Zukunft der Volksgesundheit in Rufsland. Nach diesen statistischen Daten scheint der gröfste „innere Feind" des russischen Volkes gerade Syphilis zu sein, denn es giebt dort Gouvernements, wo auf 100 Mann der Bevölkerung im Durchschnitt bis 3 Syphilitiker kommen, wobei zu bemerken ist, dafs die Mehrzahl zur Kategorie der Syphilis insontium, infolge der aller Beschreibung spottenden hygienischen Verhältnisse, gehört. Erst in der allerletzten Zeit beginnt der Kampf gegen die Syphilis wirklich ernst zu werden, wofür auch der in diesem Jahre in Petersburg stattgehabte Syphilidologen-Kongrefs spricht.

Prof. GAY entwickelte ein anschauliches Bild des dermatologischen Unterrichtes in Rufsland. Angesichts der modernen Hülfsmittel in der POSPELOFFschen Klinik glaubte man eine Mär von glücklicherweise längst entschwundenen Zeiten zu vernehmen. Und doch sind die Unterrichts- und die klinischen Verhältnisse weit nicht überall in Rufsland so glänzend bestellt wie in Moskau.

HALLOPEAU und GAUCHER traten mit bedeutungsvollen Vorträgen allgemeiner Art auf. Der erste sprach über die Rolle der Toxine in der Dermatologie, ein jetzt speziell in Frankreich sehr aktuelles und jedenfalls sehr interessantes Thema. GAUCHER warnte vor spezialistischer Bearbeitung des dermato-syphilidologischen Gebietes. Darin stimmen wir mit dem verehrten Redner überein, möchten aber andererseits vor dem entgegengesetzten Extrem warnen. Die Wahrheit liegt bekanntlich in der Mitte; eine oberflächliche, jeder spezialistischen Vertiefung in das Wesen der Dermatose entkleidete Betrachtungsweise ist uns allen gerade so wenig sympathisch, wie die von GAUCHER gegeifselte Richtung.

KAPOSI beschränkte sich auf eine herzliche Begrüfsungs- und Dankesansprache, während LASSAR auf die Erwartungen hinwies, welche an diese Tagung geknüpft werden, speziell für die weniger bekannten und studierten Dermatosen.

UNNA betrat in seiner Eröffnungsansprache ein Gebiet, das ihm als einem histopathologisch durchgebildeten Fachmann besonders nahe lag.

Er sprach kurz aber markant über die Brücke, welche die Histologie mit der Therapie verbindet. Da UNNA in der Histologie, wie gerade auch in der Therapie der Hautkrankheiten nur Wesentliches geleistet hat, so war es gerade interessant, aus seinem Munde Ausführungen über dieses, leider vorerst nur zu wenig erschlossene Gebiet zu hören. An der Hand einiger markanter Beispiele (Ekzem, Parakeratosen) zeigte er, dafs das Mikroskop, indem es in das dunkle Durcheinander des klinischen Bildes helles Licht wirft und so die das klinische Bild bedingenden histologischen Veränderungen — eine nach der anderen — erschliefst, auch dem Therapeuten den Schlüssel für die Auffindung derjenigen Mittel in die Hand drückt, welche geeignet erscheinen, jedes von diesen histologisch erschlossenen Symptomen wirksam zu bekämpfen. Das Mikroskop sei demnach ein Vermittler zwischen der Klinik und der Therapie, dort wenigstens, wo es sich nicht um spezifische, sondern um symptomatische Behandlung handelt.

Nach einer kurzen Ansprache anderer Vertreter (VAN HOORN u. a.) wurde dieser interessante allgemeine Diskurs geschlossen.

Die gastlichen Räume der Moskauer Klinik verwandelten sich unter dem Zauberstabe des liebenswürdigen Hausherrn Prof. POSPELOFF plötzlich und unerwartet in einen reich bestallten Bankettsaal und bei schäumendem Wein und exquisitesten Genüssen der russischen Küche wurde die Stimmung immer gehobener. Ein Toast folgte dem anderen, das freundschaftliche Band, das die Mitglieder der Sektion schon umschlungen hielt, wurde noch fester geknüpft, und der Geist der versöhnlichsten und brüderlichsten auf das Ganze gerichteten Gesinnung, der in gelehrten Versammlungen bekanntlich nicht immer haust, hielt seinen feierlichen Einzug in die Kreise der hier versammelten Dermatologen.

Über die Spezialverhandlungen unserer Sektion habe ich schon an einem anderen Ort kurz aber möglichst vollständig berichtet,[1] so dafs ich mir versagen kann, hier nochmals darauf zurückzukommen. Die Liste der Ehrenpräsidenten der Sektion darf aber jedenfalls hier Platz finden. Es wurden in der ersten Sitzung zu solchen ernannt: DE AMICIS (Neapel), BEHREND (Berlin), CAMPANA (Rom), CROCKER (London), GAY (Kasan), HALLOPEAU (Paris), VAN HOORN (Amsterdam), JULLIEN (Paris), KAPOSI (Wien), LASSAR (Berlin), PETRINI DE GALATZ (Bukarest), PETERSEN (Petersburg), PICK (Prag), ROSOLIMOS (Athen), SCHWIMMER (Budapest), TARNOWSKY (Petersburg), UNNA (Hamburg), WATRASZEWSKY (Warschau), WOLFF (Strafsburg), v. ZEISSL (Wien).

[1] s. *Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 36—41.

Internationale wissenschaftliche Leprakonferenz.

Berlin, 11.—16. Oktober 1897.

Bericht

von

Dr. Jessner.

(Fortsetzung.)

Zweiter Tag.

Den ausführlicheren Bericht über die wissenschaftlichen Arbeiten innerhalb und aufserhalb der Konferenz beginne ich mit einer kurzen Erwähnung des Besuches des Institutes für Infektionskrankheiten. Prof. Brieger übernahm die Führung. Er demonstrierte zwei Leprafälle, die ohne Erfolg mit Carrasquillaschem Serum behandelt waren, mehrere Fälle von Lungentuberkulose, denen das Tuberkulin R. injiziert war und eine Reihe von schweren Lupusfällen. Ein Teil derselben war nur mit T. R., ein Teil mit diesem und Chlorzinkätzung behandelt worden. Ein Urteil über die Heilkraft des T. R. war aus diesen Fällen nicht zu gewinnen. Interessant war ein in den der Neuzeit wenig entsprechenden Laboratoriumsräumen vorgezeigter Hahn, in dessen am Unterschnabel befindlichen Hautlappen ein Stück Lepraknötchen implantiert war. Dasselbe war zuerst kleiner geworden und fast geschwunden, dann aber begann an der Stelle die Bildung eines Knotens, der zur Zeit erbsengrofs war. Über die Bedeutung dieses sehr interessanten Experimentes wird die Exstirpation desselben erst Auskunft geben.

Die Tagesordnung behandelte zunächst die Frage: In wie weit ist man berechtigt, den Leprabacillus als die Ursache der Krankheit anzusehen?

Neisser: Wenn es nur tuberkulöse Lepra gäbe, wäre über die Bedeutung des Leprabacillus nichts weiter zu reden. Wie sind nun aber die Fälle von anästhetischer Lepra aufzufassen, bei denen doch fast absolut keine Bacillen zu finden sind? Wenn Kaposi bei Lepra tuberosa keine Bacillen in drei Fällen gefunden, so müsse angegeben werden, was bei diesen untersucht ist. Eine Unzahl der Differenzen erklären sich auch durch Untersuchung zu verschiedenen Zeiten der Erkrankung. Den Unterschied zwischen Lepra tuberosa und anaesthetica fassen die meisten nur als einen quantitativen auf; dort viel, hier wenig Bacillen. Ob das richtig ist, ist doch zweifelhaft. Man mufs hier annehmen, dafs im Nervenprozefs dieselben Differenzen bestehen wie im Hautprozefs, dafs man bei Nervenfällen ebensowenig Bacillen finden kann wie bei der makulösen Form. Schwierigkeiten bietet auch der Umstand, dafs, was der eine makulös nennt, der andere als tuberös bezeichnet. Die flach-tuberöse Form mufs von der anästhetischen stets scharf unterschieden werden. Bei ersterer findet man oft massenhaft Bacillen an scheinbar ganz gesunden Hautstellen. Eine andere Frage ist, ob die Anästhesie eine centrifugale oder centripetale ist. Die letztere Annahme ist

richtig, aber man wird doch auch die Möglichkeit, daſs im Verlaufe der Nerven sich verstreute Herde durch Verschleppung der Bacillen bilden, zugeben müssen. Auch hier sind noch genaue Untersuchungen nötig.

KAPOSI: An der Beziehung der Bacillen zur Lepra ist nicht zu rütteln; es ist nahezu gewiſs, daſs die Lepra eine Infektionskrankheit ist. Er behaupte aber, daſs nicht nur bei anästhetischen Formen, sondern auch bei tuberösen der Nachweis der Bacillen oft nicht gelingt. In einem Falle ist erst im zweiten Jahre, nachdem das Bild klar geworden, der Bacillennachweis gelungen, in drei anderen Fällen überhaupt nicht. Es handelt sich um ein Mädchen aus Reval ohne Anästhesien, ferner um einen Mann, der sich viel im Ausland herumgetrieben mit Infiltraten und Anästhesien, endlich um einen Mann aus Salonichi mit Knoten, Flecken, Anästhesie. Redner demonstriert die Abbildungen der drei Kranken. Es steht nach seiner Anschauung daher fest, daſs es knotige Formen ohne Bacillen, wenigstens in gewissen Perioden der Erkrankung giebt. Man muſs deshalb auch die klinische Diagnose vervollkommnen und sich nicht nur auf das Mikroskop verlassen.

HANSEN: NEISSER hat Recht. Die klinische Diagnose der Lepra ist nicht ganz sicher. Er hat auch Fälle für tuberöse Lepra gehalten und keine Bacillen gefunden; sie blieben aber alle zweifelhaft. Von den KAPOSIschen Fällen ist keiner ganz gesichert.

PETRINI DE GALATZ: Unter 33 Leprafällen ist ihm nur einmal der Bacillennachweis bei einer sicheren Lepra tuberosa nicht gelungen. Einmal fand er im Blute eines an Lepra anaesthetica leidenden Patienten Leprabacillen.

BLASCHKO: Die Differenzen zwischen Lepra tuberosa und anaesthetica sind nicht so groſs; es besteht nur ein quantitativer Unterschied. Die makulöse Form nimmt, wie DEHIO und GERLACH ausführen, einen centripetalen Verlauf. Der Eintritt primärer Embolien in die Nerven ist ja a priori möglich, aber es ist nur Hypothese. Der klinische Verlauf der Fälle spricht für centripetales Vorgehen. Ein Leprafall zeigte disseminierte Sensibilitätsstörungen nur an den Flecken, die sich zum Teil am Rande der letzteren scharf begrenzen, zum Teil bei den älteren Flecken etwas auf die nächste Umgebung übergreifen. Auffallend ist auch die Symmetrie der Anästhesie, die meistens eine dissociierte ist, bei zwei Geschwistern. Es spricht auch der klinische Befund für den Übergang des Prozesses von der Haut, und zwar von der Umgebung der Schweiſsdrüsen, auf die Nerven.

DOUTRELEPONT: Man muſs in manchen Fällen lange nach Bacillen suchen, findet sie aber schlieſslich doch. Ebenso ist ihm in den internen Organen nach langem Suchen überall der Bacillenfund gelungen, wenn auch oft erst nach Untersuchung von 50—60 Schnitten. Zu beachten ist auch, daſs die Bacillen in den Präparaten oft sehr schnell wieder unsichtbar werden, sodaſs leicht Miſsverständnisse entstehen können.

v. DÜRING: Nach den Bildern sind die KAPOSIschen Fälle nicht als Lepra zu diagnostizieren. Ohne Bacillennachweis sind dieselben nicht sicher. Zwischen Knoten und Flecken besteht nur ein quantitativer Unterschied, sie gehen auch oft ineinander über.

v. PETERSEN: Die Fälle von KAPOSI beweisen nichts; wenn keine Bacillen vorhanden sind, ist es eben keine Lepra. Vor kurzem wurde ihm ein angeblicher Leprafall mit Knoten im Gesicht und Nacken übersandt, an dem aber die vollen Augenbrauen auffielen, ein seltsamer Befund nach zehnjährigem Bestand der Krankheit. Er fand keine Bacillen und muſste deshalb die Diagnose auf Lepra ablehnen.

UNNA: Nur bei der tuberösen Form kann man in Bezug auf den Bacillennachweis scharfe Ansprüche stellen. Er hat nie einen Fall ohne Bacillen gefunden.

Er bestätigt die Ausführungen von Doutrelepont. Es muſs verlangt werden, daſs in jedem Falle mit negativem Bacillenbefund die Methodik genau beschrieben werde. Zum sicheren Nachweis hat sich die Eintrocknung der Schnitte und nachherige Färbung in Karbolfuchsin durch zwei Stunden bewährt. Seine Hypothese von den Neurolepriden nimmt ja centrale Vorgänge an, ohne zu sagen, wie weit der centrale Prozeſs sich erstreckt. Die Theorie vom peripheren Ursprung der anästhetischen Fälle ist noch zu beweisen. Es fehlt der Befund der Degeneration in den peripheren Nervenenden. Bis dieser erhoben, hält er an seiner Anschauung fest.

Neumann: Die Bedeutung des Bacillus ist unbestritten. Man kann deshalb aber nicht Lepra ausschlieſsen, wo man keine Bacillen findet. Die Fälle von Kaposi hat er auch gesehen, es war sicher Lepra. Mit Recht ist aber einzuwenden, daſs die einmalige Untersuchung nicht genügt. Man darf die klinische Diagnose nicht als nichtssagend hinstellen, erkennt man doch auch die Lepra anaesthetica trotz des Mangels an Bacillen an.

Arning: Für die tuberöse Form muſs der Bacillennachweis verlangt werden. Die Bilder von Kaposi machen nicht den Eindruck sicherer Leprafälle und deshalb ist der Bacillennachweis um so dringlicher zu fordern. Wichtig für denselben ist Vorsicht bei der Färbung und Entfärbung. Auch die Aufbewahrung der Leprastücke kann die Möglichkeit der Färbung aufheben. Auch er verlangt bei den publizierten Fällen eine genaue Beschreibung der Einbettung wie aller kleinen Proceduren. Für die Entfärbung ist die Säure unnötig; einfaches Methylenblau verdrängt das Karbolfuchsin auch. Die Differenzen zwischen tuberöser und anästhetischer Lepra können nicht rein quantitativer Natur sein. Wenn man bei Lepra tuberosa in den Nerven massenhaft Bacillen findet ohne jede Folgeerscheinungen in Haut, Muskeln, Schweiſssekretion, so ist das sonderbar gegenüber dem Befunde bei Lepra anaesthetica, wo viele Hautveränderungen oft vorhanden sind bei geringer Bacillenzahl in den Nerven. Es müssen da noch andere Wirkungen des Bacillus mitsprechen, die qualitativer Natur sind.

Kaposi: Es ist falsch den Grundsatz aufzustellen, daſs Bacillen gefunden werden müssen. Das widerspricht positiven Thatsachen. Er erkennt auch die ätiologische Bedeutung des Leprabacillus an, aber ein negativer Befund in einem Falle kann die klinische Diagnose nicht umstürzen. Seine Fälle sind sichere Leprafälle. Es handelt sich um die kleinpapulöse Form, die er oft gesehen, die aber andern wenig bekannt ist. Sie ist leicht mit der kleinpapulösen Syphilis zu verwechseln. Seine Fälle beweisen, daſs Bacillen in einem gewissen Stadium fehlen können.

Sachs-Beyruth: Alle Lepraformen gehören in eine Klasse; alle beruhen auf Nervenstörungen. Auch bei tuberöser Lepra nimmt der Krankheitserreger das Nervensystem zum Angriffspunkt.

Unna: Die kleinpapulöse Form hat er in seiner *Histopathologie* genau beschrieben; es handelt sich bei ihr um ein Leprom der Cutis im Gegensatz zum Leprom der Subcutis.

Reisner: Das von Kaposi genannte Mädchen aus Reval ist jetzt im Leprosorium zu Riga mit ausgesprochener Lepra und reichlichem Bacillenbefund.

Der zweite Gegenstand der Tagesordnung behandelte die Frage: Welches sind die Wege der Übertragung?

Sticker: In Indien sind 153 Fälle von ihm auf Nasenveränderungen untersucht; von diesen hatten 140 eine Primäraffektion in der Nase. Bacillen wurden 120 mal in der Schleimhaut an der knorpeligen Scheidewand gefunden. Die Veränderungen in der Nase bestanden in Schwellungen, Geschwüren, die selbst zu Perforation führen

können. Redner hält dieselben für Primäraffekte der Lepra aus fünf Gründen: 1. Die Affektion ist allein bei Lepra konstant; sie findet sich bei allen Lepraformen. 2. Knoten wurden in der Schleimhaut nur zweimal gefunden, sonst stets Schwellungen und Geschwüre, also Anomalien, die einen ganz anderen Charakter haben als die gewöhnlichen. 3. Die klinischen Symptome beginnen immer in der Nase: Verstopfung derselben, Blutungen etc. 4. Bei Recidiven stellen sich gleichzeitig Blutungen, Kongestionen zur Nase ein. 5. Ein fünfjähriges Mädchen aus einer Leprafamilie zeigte sonst keine Veränderungen aufser einem Geschwür auf der Nasenscheidewand mit positivem Bacillenbefund. Das Kind befand sich im Inkubationsstadium. — Die Versuche, von der Nase aus Lepra zu erzeugen, waren bei Affen negativ; jedoch will Redner in dieser Richtung die Hoffnung nicht aufgeben. — Jeanselme und Lorent kommen zu denselben Endergebnissen wie er, jedoch scheinen sie die Tragweite derselben doch nicht ganz erkannt zu haben, da aus ihren Arbeiten nicht hervorgeht, dafs sie die von ihnen mitgeteilten Fälle von Morvanscher Krankheit auf Nasenveränderungen untersucht haben. So lange die Fälle nicht geheilt sind, ist der Bacillenbefund in der Nase zu erheben. Andererseits ist, so lange Bacillen in der Nase gefunden werden, der Fall nicht als abgeschlossen anzusehen. Für die Prophylaxe hat diese Thatsache grofse Bedeutung. Die Behandlung der Leprakranken hat mehr die Nase als Haut und Nerven zu berücksichtigen. Wenn Redner auch nicht zu hoffnungsfroh ist, so glaubt er doch Nutzen von der Exstirpation des Primäraffektes erwarten zu dürfen.

Lassar weist darauf hin, dafs sich der Infektionsmodus bei der Lepra ähnlich verhält wie bei der Hauttuberkulose. Auch der Lupus beginnt meistens in der Nase, wohin die Kinder die Bacillen, mit welchen sie beim Spielen auf der Diele die Finger infiziert, bei dem üblichen Bohren in der Nase auf die Schleimhaut übertragen. Wo die Haut primär affiziert ist, sind mit infizierten Fingern gesetzte Kratzeffekte die Eingangspforte.

Arning: Die Annahme einer Infektion von der Nase aus mag ja viel für sich haben; ausschliefslich sitzt der Primäraffekt aber sicherlich nicht in der Nase, da man bei manchen Patienten nichts in derselben findet. Neu ist das ganze auch nicht. Redner hat schon 1885 die Nasenveränderungen gefunden. Man darf sich auch nicht auf eine Eingangspforte beschränken. Er hat 1890 einen Fall gesehen, bei dem der Primäraffekt sicher am Arme war. Redner geht dann auf die bekannte Impfung des Keanu ein, die ja viel angefochten werde, aber doch eindeutig sei. Hier war ein künstlich gesetzter Primäraffekt an der Haut vorhanden, dem sich eine Neuritis anschlofs. In den Tropen findet man oft die primären Veränderungen an den Beinen, da die Menschen dort barfufs gehen. Genaue Auskunft werden wir darüber erst erhalten, wenn wir wissen, ob die gefundenen Bacillen lebensfähig sind. Legt man einen Lepraknoten in Eiswasser und laugt ihn aus, dann findet man später Schwärme von Bacillen im Wasser; es scheinen dieselben sich im Wasser fortentwickelt zu haben.

Schaeffer: Durch die Haut scheinen die Bacillen den Körper wenig zu verlassen, da man im Epithel fast nie Bacillen findet. Er hat nun untersucht, wie es mit der Ausscheidung bei ergriffener Schleimhaut steht; es ist erstaunlich, wieviel Bacillen den Körper durch dieselbe verlassen. Es wurden um den Kranken auf die Diele Objektträger gelegt. Der Kranke mufste dann zehn Minuten laut vorlesen. Man fand dann massenhaft Bacillen in der Umgebung, Verfasser giebt bestimmte Zahlen an. Auf 2—3 m Entfernung sind die Bacillen noch zu finden. Unzählige Bacillen verlassen den Körper, wenn die Nase ergriffen ist, beim Niesen. Der Reichtum der Schleimhaut an Bacillen, die grofse Menge des von Leprösen ausgeworfenen Schleimes erklären die grofse Verbreitung der Bacillen in ihrer Umgebung.

Der Versuch, durch längere Reinigung der Nase mittelst Spülungen, durch Ätzung mit Argentum nitricum die den Körper verlassende Bacillenmenge herabzusetzen, brachte ja eine erhebliche Einschränkung, aber die Zahl war noch immer grofs genug. Die Bedeutung dieser Versuche für praktische Konsequenzen ist naheliegend. Man kann natürlich nicht soviel thun als bei Hautverschwärungen. Zu bedenken ist auch, dafs die Bacillen die Schleimhaut in den allergünstigsten Verhältnissen verlassen, da sie nicht eingetrocknet sind. Jedenfalls wird man stets feststellen müssen, ob die Schleimhäute affiziert sind, und die Fälle, in denen das statt hat, für gefährlicher erklären müssen.

v. Petersen: Schon vor 100 Jahren findet man in einer Dissertation von Pfefferkorn mitgeteilt, dafs bei Lepra die Schleimhaut häufig affiziert ist. Nachdem die Frage der Kontagiosität entschieden ist, handelt es sich darum, zu entscheiden, wie die Lepra anfängt. In Rufsland sind Meldekarten eingeführt, die auch die Frage nach dem Beginn der Lepra enthalten. Unter 1200 Fällen ist 600 Mal diese Frage beantwortet. Aus diesem Material ergiebt sich, dafs die Lepra tuberosa in 68% der Fälle im Gesicht, die Lepra anaesthetica in 92% der Fälle an den Extremitäten beginnt. Über die Eingangspforte hat Redner sich nie ordentlich Rechenschaft geben können, bis er jüngst einen Kranken sah mit Gesichtsrötung im Anfangsstadium der Lepra. Bei ihm war am Septum narium ein grofses Geschwür mit zahlreichen Bacillen vorhanden.

Neisser: Es ist wohl zweifellos, dafs der Infektionsweg bei vielen Infektionskrankheiten zu suchen ist auf dem Wege der Inhalation. Auch für die Tuberkulose hat er stets dieselbe Ansicht gehegt. Die Abstofsung der Bacillen in der Massenhaftigkeit, wie sie Schaeffer beobachtet, könnte bei Laien leicht Angst erregen. Wenn man auch prinzipiell Kontagionist ist, so mufs man doch den Grad der Kontagiosität als sehr gering bezeichnen. Der Arningsche Impffall ist nicht absolut sicher, aber doch höchst wahrscheinlich.

Jeanselme: Das frühzeitige Vorhandensein der leprösen Rhinitis läfst daran denken, dafs der Hansensche Bacillus oft durch unscheinbare Erosionen der Schleimhaut in den Organismus eindringt. Aber diese Hypothese darf nicht auf alle Fälle verallgemeinert werden, denn manchmal tritt die lepröse Coryza erst bei ausgesprochener Lepra hervor. In der Hälfte der Fälle hat er Bacillen in der Nase gefunden. Zur Prophylaxe sind Occlusivverbände, Salbenapplikation etc. wichtig.

Grünfeld: Die russischen Meldekarten sind ihm auch zum grofsen Teil bekannt. Er kann im Gegensatz zu v. Petersen ihren Wert nicht anerkennen, da die Angaben der Patienten jedesmal anders lauten. Die Statistik aus diesen Gegenden, wo zwei Ärzte auf einen Bezirk von über 200 000 Menschen kommen, ist nichts wert.

Kaposi: Das vorliegende Material ist noch sehr klein. Alle Leprafälle, die man zu sehen bekommt, befinden sich in einem Stadium, in welchem die Eingangspforte mit Sicherheit nicht mehr erkennbar ist. Dafs wir Schleimhautveränderungen finden, beweist nicht, dafs es sich um Eingangspforten handelt. — Interessanter ist der Impffall von Arning. — Bei einem der von ihm erwähnten Fälle, einem sehr intelligenten Herrn, zeigte sich als erste Erscheinung eine Blase an einem Finger; allmählich entwickelte sich an demselben eine lepröse Infiltration, der Leprome der Stirn etc. mit Sensibilitätsstörungen im Gebiete derselben folgten. Es ist hier naheliegend, den Primäraffekt am Finger zu suchen.

Babes: Die meisten Schleimhäute können als Austrittspforten für die Bacillen angesehen werden. Auch für den Eintritt der Bacillen dürften sie von Bedeutung sein. Ob man aber die Schleimhautveränderungen als Initialaffekte ansehen kann, ist fraglich. Es ist das eine reine Hypothese. — Die den Körper verlassenden

Bacillen können sicher noch lebend sein. — Auch der Speichel muſs als Ausscheidungsweg beachtet werden. In ihm, wie in der Milch sind viele Bacillen vorhanden. Die Brustwarze ist infiltriert und enthält besonders dichte Bacillenmassen, ebenso das Vaginalsekret und das Sperma.

HANSEN: Die STICKERsche Anschauung hat einen rein hypothetischen Charakter.

Es finden an diesem Tage noch Demonstrationen statt von BABES (Histologie der Lepra), DARIER (Lepra maculosa), FRIEDHEIM, GLÜCK, KLINGMÜLLER.

Dritter Tag.

Vor der Tagesordnung demonstriert BESNIER prächtige Moulagen des Hôpital St. Louis. Hervorheben möchte ich von denselben einen Fall von Hypertrophia ex Acne frontis, die dem Gesicht ganz ein lepröses Aussehen verliehen hat, und einige wunderhübsch reproduzierte Fälle von Sklerodermie en plaques.

Der erste Punkt der Tagesordnung behandelt die pathologische Anatomie und Histologie der Lepra.

BABES: Der Leprabacillus ist dem Tuberkelbacillus und dem Actinomycespilz zu vergleichen. Von dem Tuberkelbacillus hat er Präparate ausgestellt, die beweisen, daſs derselbe zu Actinomycesformen auswachsen kann. Er erhielt diese Formationen nach Injektionen von Reinkulturen in die Meningen von Kaninchen. Es unterscheiden sich die Leprabacillen von den Tuberkelbacillen durch ihre Zusammenlagerung in groſser Zahl, ihren Befund in gesunder Haut, die Bildung der Globi. In den Haarfollikeln, in der Brustwarze, in der Milch hat er besonders viel Bacillen gefunden. — Man muſs unterscheiden zwischen visceraler Lepra und der Disseminierung der Bacillen im Körper, ohne krankhafte Veränderungen hervorzurufen. Die Leprabacillen sind bald in Zellen eingeschlossen, bald liegen sie auſserhalb derselben. Die Globi sind nicht wirkliche Zellen, vielmehr Lymphthromben. Im übrigen ist die Beziehung der Bacillen zu den Zellen von geringer praktischer Bedeutung und noch nicht sicher entschieden. Bei ausgedehnten Untersuchungen des Nervensystems fand er in einigen Fällen die hinteren Wurzeln, die CLARKEschen Säulen, die Pyramidenbahnen erkrankt. Die Veränderungen der peripheren Nerven überwogen aber stets. Die Bacillen lagen innerhalb der Nervenzellen. Für Diagnose, Therapie, Prophylaxe haben die histologischen Betrachtungen wenig Wert; dafür bedarf es der Kultur.

JEANSELME: Unter fünf Autopsien von Leprösen fand er zweimal bei anästhetischer Lepra evidente Läsionen des Rückenmarks. Die Zellen der Vorderhörner waren wenig alteriert, vielleicht waren sie weniger zahlreich. Die Veränderungen der weiſsen Stränge waren sehr ausgesprochen an den Hinter- und Seitensträngen, aber sie waren nicht immer gleichmäſsig verteilt. Redner schildert dieselben eingehend. Sind diese Läsionen der Medulla exogenen oder endogenen Ursprungs? Die fast absolute Integrität der hinteren Wurzeln und der bei Sklerosen exogenen Ursprungs ergriffenen Teile spricht gegen die Anschauung, daſs die Nerven primär affiziert sind. Die Veränderungen sind entgegengesetzt denjenigen bei Tabes, sie sind fast identisch mit den bei Pellagra vorhandenen. Redner glaubt also, daſs in seinen Fällen die Rückenmarksveränderungen primärer Natur sind. Die bakteriologische Untersuchung der betroffenen Teile fiel negativ aus. Es scheinen die Degenerationen toxischen Ursprungs zu sein.

Dehio hat eingehend einen Fall von Lepra anaesthetica mit Maculae, neurotischen Störungen, Anästhesien untersucht, indem jüngere Flecken zusammen mit den Nerven bis zur Wirbelsäule excidiert und Serienschnitte angelegt wurden. In der Haut findet man am Rande der Flecken lepröse, kleinzellige Infiltration ohne Bacillen besonders in den perivaskulären Lymphräumen der kleineren Gefäfse. Diese lepröse Infiltration geht über in die perineurale Lymphscheide in der Umgebung der Schweifsdrüsen. Die feinsten Nervenendigungen gehen zu Grunde, in der gesunden Umgebung sind sie erhalten; daher die Anästhesie. Proximalwärts findet man bald ein Gemisch gesunder und kranker Nervenfasern, die eine degenerative Atrophie zeigen. Wo keine Flecken vorhanden waren, aber doch Anästhesie bestand, zeigte sich die Haut auch von kleinzelligem Gewebe infiltriert, der an ihr hängende sensible Nerv degeneriert, atrophiert und schon makroskopisch durch lepröses Gewebe verdickt; die Nervenfasern sind zu Grunde gegangen. Die centrifugalen Nervenzweige zeigten degenerative Atrophie, wo die Muskeln atrophisch waren; hier und da war noch eine Nervenfaser. Je weiter centralwärts, um so weniger lepröses Gewebe. Am Ellenbogen Auftreibung und vollkommene Durchsetzung des Nerven. Nach der Achselhöhle zu werden die Veränderungen immer geringer. Es handelt sich also um eine Neuritis leprosa ascendens, ausgehend von der Haut. Diese anatomischen Veränderungen erklären das ganze Krankheitsbild.

Dohi: Über die Verschiedenheit der Schilderung der histologischen Befunde und deren Deutung mufs man staunen. Die Ergebnisse seiner in Breslau und Bern ausgeführten Untersuchungen scheinen ihm entscheidend. Er stelle folgendes fest: 1. Es besteht kein Zweifel an dem Vorkommen wirklicher, echter Leprazellen, entsprechend dem von Neisser gezeichneten Bilde. Es handelt sich nicht, wie Unna meint, um eine Anlagerung der Bacillen an nackte Kerne. Die Zellen scheinen Abkömmlinge der fixen Bindegewebszellen zu sein. 2. Man findet von deutlichem Endothel ausgekleidete Hohlräume, die retrahierte kompakte Bacillenhaufen enthalten: Bacillenthromben in Lymphkapillaren. Die Lumina lassen sich durch Schnittserien zweifellos verfolgen. 3. Die als Globi bezeichneten Gebilde sind demnach sicher in der Mehrzahl keine Leprazellen, sondern Bacillenhaufen in Lymphgefäfsthromben. Sie sind charakterisiert durch die scharfe Begrenzung des Bacillenhaufens, durch die Gröfse, durch tinktorielle Eigenschaften. 4. Riesenzellen sind in Lepraknoten in relativ grofser Zahl vorhanden. Erstens fand er solche, die Übergänge zu den einfachen Leprazellen darstellen, ähnlich den Riesenzellen bei Tuberkulose, von ihnen aber wesentlich unterschieden durch das häufige Vorkommen wirklicher oder scheinbarer Vacuolen. Sie enthalten mehr oder weniger zahlreiche, isoliert liegende Bacillen und kleine Häufchen derselben. Dann giebt es Riesenzellen, die aus Lymphgefäfsen hervorgehen. Übergänge von den Globi mit wandständigen, pfriemenförmigen Endothelkernen bis zu den Unnaschen Chorioplaxen sind vorhanden. Auch diese Riesenzellen enthalten einzelne Bacillen. Verwechselungen mit bacillenhaltigen Gefäfsquerschnitten, wie sie Hansen annimmt, sind ausgeschlossen. 5. Übergänge der Plasmazellen zu den Leprazellen hat er nicht gesehen; die Plasmazellen haben mit der leprösen Neubildung nichts zu thun. 6. Bacillen im Stratum Malpighi hat er niemals finden können, dagegen liegen Bacillen in den Schuppen und zwischen den zum Teil losgelösten Hornmassen, besonders häufig an den Austrittsstellen der Haare, fast regelmäfsig in deren Wurzelscheide. In den Schweifsdrüsen hat Redner vergeblich nach Bacillen gesucht. Es können die Bacillen sowohl durch die Schweifsdrüsen (Touton) als durch die Haare nach aufsen gelangen, der Nachweis ihrer direkten Durchwanderung durch das Rete ist noch nicht erbracht. Bei Fleckenlepra hat Redner Bacillen, Riesenzellen, jede entzündliche Erscheinung vermifst.

Darier: Die Veränderungen bei den Lepriden bestehen in einer Infiltration in den perivaskulären Räumen, um die Follikel und Drüsen. Es sind meistens Bindegewebszellen, gemischt mit weifsen Blutkörperchen, etwas Riesen- und Mastzellen. In den von ihm untersuchten Fällen fand er bis auf einen Fall stets Bacillen; es waren erythematöse und Pigmentflecke im Alter von 6 Tagen bis 5 Jahren. Die Art der Infiltration führt zur Annahme eines Eindringens der Noxe auf dem Blutwege; es sind wahrscheinlich bacilläre Embolien. Eine lokale Prädisposition durch Nervenaffektion mag zur Bildung der Flecke nötig sein; aber nichts beweist das. Die Anästhesie kann auch abhängen von einem anästhesierenden Sekrete der Bacillen.

Bergengruen: Bei Untersuchung der Schleimhaut des leprös erkrankten Larynx hat er dieselben Befunde erhoben wie Dohi. Eine exklusive Lagerung in Zellen konnte nicht konstatiert werden. Für die Beurteilung, ob die Bacillen in oder an der Zelle liegen, haben wir einen Anhalt nur in der Einstellung des Tubus. Die häufig in Streifen liegenden Bacillen können sich nur in Saftspalten befinden. Sicherlich sind sie nicht absolut abhängig von Rundzellen. Man findet sie auch in fast ganz strukturlosem Bindegewebe. Die Bacillenstreifen stellen Thromben dilatierter Lymphräume dar. Dafür spricht auch das typische Endothel. Es ist aber nicht gesagt, dafs die Bacillen sich in allen Organen so verhalten. Im Kehlkopf sind die Lymphräume gerade sehr stark ausgebildet. Die Vacuolen in den Bacillenkonglomeraten sind nicht Kerne, sondern Lymphflüssigkeit enthaltende Räume. Man sieht das auch an den Fortsätzen, die dieselben in die Umgebung aussenden. Redner führt das noch sehr eingehend aus und erläutert es durch herumgegebene Zeichnungen mikroskopischer Präparate. Riesenzellen hat er in manchen Kehlköpfen garnicht, in anderen in grofser Menge gefunden. Die Riesenzellen stellen endotheliale Bildungen dar, entstanden durch den Reiz der Bacillenkonglomerate.

Unna: Den Plasmazellen hat er, wie er gesteht, einen zu grofsen Raum bei der Lepra gegeben. Im übrigen steht er auf seinem alten Standpunkt. Die Frage, ob die Bacillen innerhalb oder aufserhalb der Zellen liegen, ist eine sehr wichtige. Er hat stets behauptet, dafs die Lymphspalten der richtige Nährboden für die Leprabacillen sind. Die Vorredner nähern sich ja ihm auch schon sehr, wenn auch Dohi noch nicht ganz auf seinem Standpunkt steht. Andere Färbungen werden auch diese Differenz beseitigen. Dafs sekundär ein gebildeter Globus in eine Zelle hineinkommen kann, hat er nie geleugnet. Die Hohlräume sind zum Teil verschleimte Bacillen. Schon 1885 hat er gezeigt, dafs die Alkohol-Ölmethode irrtümliche Anschauungen hervorruft. Man mufs zuerst seine neue Differentialfärbung des Protoplasma und der Gloea nachmachen, bevor man entgegengesetzte Anschauungen vertritt. Das von Musehold aufgestellte Präparat von Leberzellen mit Bacillen ist nicht beweisend.

Musehold: In seinem Präparat liegen die Bacillen in der Leberzelle. Die Bacillenkolonie sieht man umgeben von einem hellen Saum. Der sonst sehr formbeständige Kern ist wurstförmig gestaltet durch dauernden Druck der Bacillen, nicht durch Druck von aufsen. Die Einstellung des Tubus mufs beweisen, ob die Bacillen innerhalb oder aufserhalb der Zelle liegen. Man sieht aber Kern und Bacillen haarscharf bei derselben Einstellung. Es giebt Bacillen innerhalb und aufserhalb der Zelle; eine intra- oder extracelluläre Lage anzunehmen, ist einseitig. Das interstitielle Bindegewebe der Leber mit ihren Kapillaren eignet sich besonders zum Studium der Frage.

Lubarsch: In den Bergengruenschen Präparaten liegen die Leprabacillen zweifellos viel häufiger extracellulär, als man es früher angenommen. In der Leber aber ist die intracelluläre Lage sehr häufig. Das Verlangen Unnas, seine Methoden zu verwenden, ist nicht gerechtfertigt. — Die Riesenzellen von Bergengruen sind wohl

Fremdkörper-Riesenzellen. Die Bacillen vermehren sich bei der Lepra in den Gefäßen, bewirken Endothelwucherung. Die Endothelien fließen später zu Riesenzellen zusammen.

Unna: Nicht, daß einseitig nur seine Methoden verwendet werden, verlangt er, sondern, daß sie auch verwendet werden. Wenn Musehold von der Formbeständigkeit des Kernes spräche, so ist das ganz unrichtig. Der Kern ist durchaus nicht widerstandsfähig. Das ist am besten im Fettgewebe zu studieren.

Schaeffer: Schon aus den Ausstrichpräparaten vom Nasenschleim ist zu sehen, daß die Leprabacillen fast stets intracellulär liegen. Auch Protoplasmafärbungen hat er, ohne zu anderm Resultate zu kommen, ausgeführt. Man muss die Frage an der Hand von Schnittserien studieren und zu entscheiden suchen. Die wie mit Endothel ausgekleidete Räume aussehenden Gebilde sind Endprodukte der Leprazellen. Riesenzellen nach Langerhans sind außerordentlich selten, andere dagegen sehr häufig.

Neisser: Absolut neu sind die bei der neuen Unnaschen Färbemethode hervortretenden Differenzen nicht, da man auch sonst rote und blaue Bacillen oft nebeneinander sieht. Niemand leugnet das Vorhandensein von Thromben. Die Bergengrünschen Präparate beweisen nicht viel, da sie aus Objekten gewonnen sind, in denen das Bindegewebe bereits nekrotisch war. Trotz besten Willens kann Redner sich nicht von der Richtigkeit der gegnerischen Anschauungen überzeugen.

(Schluß folgt.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 41. Heft 1. 1897.

I. **Bleiben die Protoplasmafasern in der Körnerschicht der Oberhaut erhalten?** von Hans Rabl - Wien. Bezüglich der Deutung der Herxheimerschen Spiralen stimmt Verfasser mit Kromayer überein. Die Spiralform mag vielleicht ein Kunstprodukt sein, wie Herxheimer, Schütz u. a. es annehmen. Die Fasern selbst aber liegen bestimmt intracellulär und können somit nichts anderes als Protoplasmafasern sein. Im übrigen widerlegt er den ihm von Kromayer gemachten Vorwurf, daß er (Verfasser) überhaupt den eigentlichen Verlauf der Fasern in der Epithelzelle nicht hätte beobachten können und deshalb auch nicht kenne, weil er sich bei seinen Präparaten zu dicker Schnitte bedient hätte. Bei seinen erneuten Untersuchungen benutzte Verfasser nun ganz dünne Schnitte von $3^1/_2\ \mu$, die ihm allerdings instruktivere Bilder als die früher erzielten lieferten, aber auch gleichzeitig den Schlüssel zur Erklärung der Differenz zwischen ihm und Kromayer boten. Gegenüber der Ansicht des letzteren, daß in dem gut ausgebildeten Stratum granulosum der Planta pedis und Vola manus, das mindestens zwei Reihen Körnerzellen enthält, sich keine Fasern nachweisen lassen, wie sie im Protoplasma der Stachelzelle vorkommen, fand Verfasser, daß die Protoplasmafasern im Stratum granulosum sich leichter als diejenigen in den tieferen Schichten des Rete Malpighii entfärben. In einer und derselben Zelle kann man neben gefärbten auch ungefärbte Fasern erkennen, welche

offenbar zarter sind und darum bei der Anilin-Xylolbehandlung ihre Farbe früher abgegeben haben als die ersteren. Verfasser findet also auch in diesen Präparaten seine frühere Behauptung, dafs die Fasern auch in den Zellen des Stratum granulosum der Sohlenhaut vorhanden sind, bestätigt.

II. **Beiträge zur Kataphorese**, von KARFUNKEL-Cudowa. Mit Kataphorese bezeichnet man die Fähigkeit des konstanten Stromes, Flüssigkeiten vom positiven zum negativen Pole durch feuchte poröse Scheidewände mit kapillären Räumen hindurchzuführen. Der Gedanke, auf diese Weise dem menschlichen Organismus Medikamente in Lösung durch die unversehrte Haut zu Heilzwecken einzuverleiben, ist nicht neu. Verfasser wirft einen Rückblick auf die diesbezügliche Litteratur. Trotz zahlreicher Publikationen über positive Resultate bei der Kataphorese ist dieselbe doch noch nicht allgemein anerkannt. Namhafte Autoren leugnen die Möglichkeit einer Einverleibung von Medikamenten mittelst Kataphorese. Verfasser hat in dieser Richtung eigene Versuche angestellt, deren Ergebnisse im folgenden ausführlich mitgeteilt werden. Aus denselben geht hervor, dafs die elektrische, lokale Kataphorese durch intakte Haut sicher feststeht, dafs die Resorptionsmenge allerdings sehr klein ist, und die geringfügigen Ablagerungen schnell von Ort und Stelle durch die Blutbahn fortgeschafft werden. Zur Erreichung allgemeiner Wirkungen im Körper wird man von der kataphorischen Überleitung gelöster Medikamente wohl kaum Gebrauch machen. Von zweifellosem Nutzen ist die Kokainkataphorese zur Herstellung totaler Anästhesie der Haut bei Zahnextraktionen, Excisionen und Epilationen; vielleicht wird sich die Kataphorese auch bei gewissen parasitären Hautkrankheiten verwerten lassen. Im ganzen genommen drückt sich der Verfasser bezüglich der therapeutischen Verwertung der Kataphorese in der Praxis nicht besonders zuversichtlich aus. Die Versuche der Überleitung von Medikamenten durch elektrische Bäder ergaben ein positives Resultat. — Wir verweisen bezüglich der Details auf die sehr fleifsige und instruktive Arbeit des Verfassers.

III. **Beitrag zur Ätiologie des Diabetes insipidus**, von VICTOR BANDLER-Prag. Zur Klärung der Frage eines ätiologischen Zusammenhanges von Syphilis und Diabetes insipidus beschreibt Verfasser einen Fall, der in Prof. PICKS Klinik zur Beobachtung kam. Es handelt sich um einen 23jährigen Knecht, der über seine längst verstorbenen Eltern und Geschwister nichts zu berichten weifs. Seit einer Reihe von Jahren im Anschlufs an einen Sturz auf dem Eise leidet er an Geschwüren, die an verschiedenen Teilen des Körpers, Sternum, Ober-, Unterschenkeln, Kopfhaut etc. auftraten. Wenige Monate vor seinem Eintritte in die Klinik stellte sich bei dem Patienten heftiger Kopfschmerz und unstillbares Durstgefühl ein. Die eingehende Untersuchung ergab als Diagnose Lues hereditaria, Ostitis gummosa und Diabetes insipidus. Die Harnmenge schwankte zwischen 12—14 Litern. Der Urin war zuckerfrei auch nach Darreichung von Traubenzucker. Unter der antiluetischen Behandlung (Schmierkur und Jodkalium) besserten sich nicht nur die luetischen Erscheinungen, auch die Harnmenge nahm stetig ab, indem gleichzeitig das Durstgefühl geringer wurde. Nach einer vierwöchentlichen Kur waren alle gummösen Veränderungen geheilt und vernarbt. Die Harnmenge, auch das Durstgefühl waren zur Norm zurückgekehrt, so dafs Patient aus der Behandlung entlassen werden konnte. — Die Frage, ob der beobachtete Diabetes insipidus auf der Basis der Lues entstanden oder nur als zufällige Komplikation im Verlaufe der konstitutionellen Lues aufgetreten sei, bejaht der Verfasser im ersteren Sinne und stützt seine Auffassung auf mehrere Momente der klinischen Beobachtung. Er führt das ganze Leiden auf das Vorhandensein einer luetischen Affektion des Gehirnes zurück, sei es in Form eines Gummas mit strenger

Lokalisation oder einer diffusen gummösen Infiltration der Häute des Gehirnes. Analoge Fälle aus der Litteratur bekräftigen die Ansicht des Verfassers.

IV. **Über Trichomykosis palmellina**, von Th. Eisner-Prag. Mit Trichomykosis palmellina beschrieb Pick im Jahre 1895 auf der deutschen Naturforscherversammlung in Graz eine Haaraffektion, die hauptsächlich die Haare der Achselhöhle und der Regio pubica befalle und durch Schizomyceten hervorgerufen werde. Die Krankheit sei charakterisiert durch einen die Achsel- oder Schamhaare einhüllenden, rotgelben geleeartigen Überzug, der aus einer Zoogloea der betreffenden Schizomyceten bestehe. Diese letzteren siedeln sich zunächst zwischen den Cuticularschüppchen der Haare an, dringen dann aber unter die Schuppe und weiter ins Haar ein, so dafs dieses zerstört werde. — Mikroskopisch sieht man die Zoogloeamassen zumeist in der Spitze des Winkels zwischen Schuppe und Haar sitzen; zuweilen schieben sie sich in die Rinde der Haare ein oder fasern dieselbe auf und setzen sich zwischen den Fasern fest. Häufig zeigen dann die Haare ein knopfförmiges Ende. Die Massen findet man verschieden dick, bald höckerig, bald cirkulär das Haar umgebend. Um die spezifischen Kokken zu beobachten, empfiehlt es sich das Haar in Löfflerschem Methylenblau gut zu färben, in stark verdünnter Essigsäure zu entfärben, in Wasser auszuwaschen, hierauf die das Haar einhüllenden Massen, wofern diese dick sind, abzuschaben, in Glycerin zu zerzupfen und zu zerdrücken. Man findet dann Ballen, die ganz von Kokken durchsetzt sind; sie schliefsen häufig Cuticularschuppen, häufig aber auch Rindenfasern ein. Wo die Zoogloea sehr dünn ist, sieht man die Kokken sehr deutlich in ihrer charakteristischen Anordnung bald in Haufen, bald in Reihen, sehr häufig zu vieren vereint. — Legt man solche Haare auf Platten mit Zuckeragar oder verreibt abgeschabte Auflagerungen mit Bouillon und gieſst dann Platten, so sieht man schon nach 24 Stunden kleinste, tiefe und etwas gröfsere oberflächliche Kolonien von weifser und gelber Farbe, die sich sowohl nach der Höhe wie nach der Breite hin rasch vergröfsern. Es entstehen rundliche Häufchen, die in der Mitte einen weifslichen Hügel und um diesen einen grauweifsen Hof, andererseits einen gelblichen Hof um einen gelben Hügel zeigen. Ferner findet man oft, wie Behrend schon beschrieb, einen grauen Hof um ein gelbes Centrum. Impft man von den weifsen Kolonien ab, so erhält man wieder lauter weifse, von den gelben hingegen meist lauter gelbe aber auch einzelne weifse Kolonien. Bei Aussaat von den Kolonien mit grauem Hof um einen gelben Hügel sieht man gelbe und weifse Kolonien in verschiedenem Verhältnisse wachsen. — Die mikroskopische Untersuchung dieser Kulturen ergiebt einen in eine Kapsel gehüllten Diplococcus, der meist mit einem zweiten in eine kugelige Hülle eingeschlossen ist. Er färbt sich sehr gut nach Gram. Die Kokken in den verschiedenen Kolonien sind von einander nicht zu unterscheiden.

V. **Über Trichorrhexis nodosa barbae und ihren Erreger**, von Eduard Spiegler. Der Verfasser definiert die Krankheit, beschreibt das klinische Bild der Affektion, wirft einen historischen Rückblick auf die einschlägige Litteratur und teilt die Methode mit, um die Trichorrhexis-Mikroorganismen in den Haaren nachzuweisen. Er folgt hierbei zumeist dem von Hodara angegebenen Verfahren. Die Haare werden behufs Entfettung zunächst in Äther oder in Alkoholäther gebracht. Hierauf werden sie in die gewöhnliche, käufliche Lösung von Wasserstoffhyperoxyd gelegt und in dieser so lange belassen, bis sie vollständig entfärbt sind, was je nach ihrer Pigmentierung verschieden lange Zeit in Anspruch nimmt. Nach Auswaschen in sterilem Wasser werden die Haare in eine frisch bereitete Lösung von Anilinwasser-Gentianaviolett, nicht wie Hodara es will für 2—4 Minuten, sondern besser nur für 20—30 Sekunden, gebracht, in Wasser ausgewaschen und in Lugols Lösung fixiert oder für 2 Minuten in eine Wasserstoffsuperoxydlösung gelegt, zu der man einige

Jodkaliumkrystalle beifügt, wodurch Jod frei wird. Abermaliges Auswaschen in Wasser, Trocknen mit Filtrierpapier, hierauf Einlegen in Anilinöl, dieses wiederholt wechseln und zwar so lange, bis das Haar, welches den Farbstoff sehr begierig aufgenommen hat und sehr zähe festhält, nahezu vollkommen entfärbt ist. Dies dauert oft mehrere Tage, und es zeigt sich hierbei, dafs die den Knoten entsprechenden Stellen den Farbstoff besonders hartnäckig zurückhalten. Hierauf wird das Haar in Xylol oder Bergamottöl gebracht und in Canadabalsam eingeschlossen. Zur Züchtung der Mikroorganismen wählte Verfasser dieselbe Methode, deren sich Hodara bediente (vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Band 19.) — Das Resultat seiner Untersuchung teilt Verfasser in folgenden Schlufssätzen mit: 1. Die Trichorrhexis nodosa barbae ist eine parasitäre Krankheit, hervorgerufen durch einen mit Hodaras Bacillus höchstwahrscheinlich identischen Erreger. 2. Dieser Bacillus findet sich konstant in den kranken Haaren in Form von uncharakteristischen Häufchen von Kokken, als auch als bis zu 12 μ grofse Stäbchen, sowohl im Haare selbst, als auch mitunter im subepidermoidalen Teile von solchen Haaren und in den Zellen der Follikelwand. Derselbe läfst sich auf den gewöhnlichen Nährböden gut züchten. 3. Gesunde Haare zeigen weder jene Bilderkolonien, noch auch gelingt die Züchtung jenes Bacillus aus diesen Haaren. 4. Andere Mikroorganismen vermögen, soweit bisher bekannt, nicht Trichorrhexis nodosa zu erzeugen. 5. Da das Ziel einer rationellen Therapie in der Elimination des Krankheitserregers liegt, so ist neben regelmäfsigem Rasieren Epilation und Applikation von parasiticiden Salben und Epilation der Barthaare notwendig — ein Verfahren, das allerdings nur bei sehr circumskripter Erkrankung durchführbar ist. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band IV. Heft 5.

I. **Über Argentamin und Argonin,** von Rudolf Krösing - Stettin. Verfasser verteidigt gegenüber der zwar vortrefflichen, aber doch komplizierten und mehr für die Klinik passenden Janetschen Methode angesichts der ungeheuren Verbreitung der Blennorrhoe die überall bequem auch vom Patienten leicht auszuführenden Einspritzungen mit Silbersalzlösungen, welche in den empfohlenen Koncentrationen (Neisser: Argentum nitricum 1/4—1/8 ‰; Schäffer: Argentamin 1/4—1/8 ‰; Jadassohn: Argonin 2—3 %) die Schleimhaut nicht reizen. Den Einwurf, dafs die Mittel in dieser Koncentration nicht in die Tiefe wirkten, hält Verfasser nach den Untersuchungen von Neisser, Jadassohn, Bumm, Wertheim, Pick, Touton, Arning nicht für stichhaltig, da das Gros der Fälle eine oberflächliche, epitheliale Infektion darstellt und deshalb einer Tiefenwirkung nicht bedarf, nur ausnahmsweise, namentlich wenn andere Schädlichkeiten das Epithelstratum lädiert haben und das Bindegewebe frei liegt, wandern die Gonokokken auch in dieses. Unter den Silberpräparaten entfaltet die gröfste Tiefenwirkung das Argentamin, das dem Argentum nitricum auch an antiblennorrhoischer Kraft überlegen ist. In 6—8 Tagen durchschnittlich waren unter dem Gebrauche von Argentamin in Form von Injektionen (1/5—1/4 ‰ für die Urethra anterior, 1—2 ‰ für die posterior) die Gonokokken bei 75 von 80 an der Breslauer Klinik behandelten Fällen definitiv verschwunden. Der einzige Nachteil bestand in einer mehr oder weniger starken Reizwirkung auf die Urethra, die sich in vermehrtem, allerdings nur kurze Zeit anhaltendem Ausflusse kund gab. Diese Reizwirkung sollte durch die Anwendung des Argentum-Caseins oder Argonins vermieden werden. In praxi empfiehlt sich eine 2—3 %ige Lösung für die anterior, eine 7,5 %ige für die Pars posterior, die gar nicht reizen, aber an Tiefenwirkung dem

Argentamin sowohl wie dem Argentum nitricum nachstehen. Bei Anwendung einer 2½%igen Argoninlösung wird nach 10 Minuten völlige Abtötung der Gonokokken erreicht, bei einer 2%igen schon nach einer Minute, wie an Kulturversuchen nachgewiesen wurde. — Der Verfasser teilt in folgendem zunächst die Resultate mit, die andere Autoren mit Argonin erzielt haben, und berichtet sodann über seine eigenen Erfahrungen mit Argentamin und Argonin bei Urethralblennorrhoe des Mannes. Es wurden im vorigen Jahre 55 Fälle mit Argentum und 103 mit Argonin behandelt. Die Patienten spritzten mit einer 10 ccm fassenden Spritze 4 mal täglich die Lösungen ein und behielten sie 5—10 Minuten in der Harnröhre. Vorher wurde die Spritze gründlich gereinigt, das Präputium und die Glans mit in die betreffende Lösung getauchter Watte gut gesäubert. Von den 51 Argentaminfällen hatten 41 eine Urethritis anterior, 14 eine Urethritis anterior et posterior. In 14 Fällen waren nach durchschnittlich 19 Tagen noch Gonokokken nachweisbar, so dafs zu einer anderen Behandlung übergegangen werden mufste. Verfasser glaubt diese Mifserfolge dem Umstande zuschreiben zu können, dafs die Patienten (zumeist Reisende und Militärs) die Einspritzungen unregelmäfsig und nicht mit der nötigen Sorgfalt vornahmen. Bei den übrigen 41 Fällen (32 anterior, 9 anterior et posterior) waren die Gonokokken in durchschnittlich 10 Tagen bei bestehender Urethritis anterior und in 7 Tagen bei der posterior verschwunden. Es recidivierten jedoch die Gonokokken in 9 Fällen, also in 20%. Verfasser verschrieb dann meist Argentum nitricum ¼%, seltener Argonin 2—3%, worauf die Gonokokken auffallend rasch wieder verschwanden. Was die Argoninfälle betrifft, so hatten 87 eine Urethritis anterior, 16 eine anterior et posterior. Bei den ersteren verschwanden die Gonokokken in durchschnittlich 9½, bei den letzteren in 7 Tagen. Sowohl bei den mit Argentamin wie bei den mit Argonin behandelten Fällen war das Alter der Erkrankung ohne Belang für den Effekt der Therapie, d. h. für die Beseitigung der Gonokokken. (NB. Leider läfst uns der Verfasser ganz im unklaren darüber, in welcher Zeit durchschnittlich unter der Behandlung mit Argentamin beziehungsweise Argonin bei den Patienten der Ausfluſs dauernd aufgehört hat, Klärung des Urins und Verschwinden der Fädchen aus dem Urin eingetreten ist. Geben wir uns nur keiner Selbsttäuschung hin, den Patienten ist es hauptsächlich um möglichst rasche Beseitigung der letzterwähnten Symptome zu thun. Nach der Länge der Zeit, in welcher unter der Behandlung mit einem Mittel der Ausfluſs definitiv verschwindet, der Urin klar und möglichst frei von Fädchen wird, müssen wir die Brauchbarkeit dieses Mittels bemessen. In dieser Beziehung aber leisten, wie es scheint, Argentamin und Argonin nicht mehr als das alte Zincum sulfuricum oder Zincum sulfocarbolicum. Ob wir in dem neuerdings von Neisser so warm empfohlenen Protargol nunmehr ein nach jeder Richtung hin prompt wirkendes Antiblennorrhoicum besitzen, läfst sich mangels der noch ausstehenden statistischen Angaben nicht sagen. Wir möchten aber wünschen, dafs die Nachprüfungen sich nicht nur auf das Verschwinden der Gonokokken aus dem Sekrete erstreckten, sondern uns ganz besonders auch darüber Aufschluſs geben, in welcher absehbaren Zeit wir dem Patienten definitives Aufhören des Tripperausflusses und vollständige Klärung des Urins mit Sicherheit in Aussicht stellen können. Ref.)

II. **Über das Difluordiphenyl als Wundheilmittel, speziell in der dermatologischen Praxis,** von P. Thimm - Leipzig. Das von Valentiner und Müller dargestellte Difluordiphenyl hat die Formel: $C_6H_4Fl.\ C_6H_4Fl.$ und entsteht, indem 2 Wasserstoffatome im Diphenyl $C_6H_5.C_6H_5$ durch Fluor ersetzt werden. Es ist ein weifses, krystallinisches, in Wasser unlösliches, in Alkohol, Äther, Chloroform, fetten Ölen leicht lösliches Pulver und besitzt einen angenehmen, aromatischen, ein wenig an Dillsamen erinnernden Geruch. Das Difluordiphenyl ist völlig ungiftig. Von

Menschen kann 1 g pro dosi ohne die geringsten Störungen genossen werden. 1 g des Pulvers kostet von der Firma Valentiner & Schwarz in Leipzig-Plagwitz bezogen ℳ —.80. Verfasser hat das Mittel als 10%iges Pulver mit Talcum oder als 10%ige Salbe mit Alapurin (Adeps lanae) bei Brandwunden, eiternden Geschwüren und sonstigen Verletzungen der Epidermis angewandt. Die Krankengeschichten von 15 mit Difluordiphenyl behandelten Fällen werden im folgenden kurz mitgeteilt. Die Wirkungen des Mittels beruhen, wie Verfasser untersucht hat, nicht auf antibakteriellen Eigenschaften, sondern auf der Fähigkeit, eine schnelle Regeneration der Epidermis herbeizuführen. Das Difluordiphenyl wird nach den Erfahrungen des Verfassers besonders zur Heilung aller Arten von Wundprozessen und zur Beförderung der Gewebsregeneration, besonders der Oberhaut geeignet sein.

III. **Über die Behandlung der venerischen Geschwüre mit Itrol (Argentum citricum purissimum)**, von O. Werler-Berlin. Der Verfasser ist auf Grund eingehender Versuche mit dem Itrol und sorgfältiger Beobachtungen einer gröfseren Anzahl von Schankerfällen zu der Überzeugung gelangt, dafs das Medikament, in richtiger und verständnisvoller Weise vom Arzte selbst angewendet, seinen fortschreitenden, ausgesprochen baktericiden und viruszerstörenden Einfluſs selbst bei malignen und weit ausgebreiteten venerischen Geschwüren jeder beliebigen Lokalisation mit der Zeit bestimmt entfalten wird und einen dauernden Stillstand der Destruktionsvorgänge mit völliger Reparation der Gewebsdefekte herbeizuführen vermag. In milder, reizloser Weise wird durch die Itroltherapie das für die Heilung infizierter Wunden erforderliche Postulat der Vernichtung der kausalen Krankheitsmikrobien und damit einer sicheren Sistierung des geschwürigen Zerfalles im Bereiche des Infektionsherdes sowie einer natürlichen Verwandlung der virulenten Geschwürsfläche in eine einfache, gutartige Wunde erreicht. — Der Verfasser teilt die Krankengeschichten von 23 mit Itrol behandelten Fällen mit und knüpft daran eingehende Betrachtungen über die Vorzüge der Itrolbehandlung vor anderen Behandlungsmethoden. Zur Verwendung kamen: 1. Eine Solutio Itroli concentrata (1/4000) in vitro flavo. 2. Ein kleines Quantum von Itrolum purissimum pulveratum in vitro flavo. Die Qualität der Medikamente muſs tadellos sein, die Lösung von wasserklarem Aussehen, das Pulver fein staubförmig, trocken und von kreideweifser Farbe. — Ein einfacher Zerstäubungsapparat für Flüssigkeiten mit kräftigem Gebläse ist sehr zweckmäfsig. Bei sehr ängstlichen Patienten empfiehlt es sich, die ersten Male ein mit 5%iger Kokainlösung getränktes Wattebäuschchen auf die empfindliche Geschwürsfläche zu legen. Es wird nun zuerst ein kräftiger Itrolspray auf den ganzen Geschwürsherd appliziert, letzterer von infektiösem Eitermaterial und zerstörten Gewebsfetzen befreit und dann sorgfältig abgetrocknet. Auf die vollständig trockene Wunde wird reichlich feinpulverisiertes Itrol gestreut. Sämmtliche sinuösen Stellen müssen damit genügend bedeckt sein. Darüber kommt eine dünne Schicht Verbandwatte, die im Laufe des Tages mehrmals erneuert werden kann. — Die aus der Itrolbehandlung der venerischen Geschwüre gewonnenen Resultate werden in folgenden Sätzen zusammengefafst: 1. Die Itrolbehandlung eignet sich wegen ihrer baktericiden Energie, ihrer Dauerwirkung und Tiefenaktion zur Heilung der venerischen Geschwüre und bewirkt vermöge einer gründlichen, kontinuierlichen Desinfektion und Antisepsis in kurzer Zeit eine Sistierung des Destruktionsprozesses, sowie eine Umwandlung der infizierten Schankerherde in gereinigte, gutartige, gesunde Wundflächen ohne Schädigung der normalen Gewebssubstanz. 2. Die Itrolbehandlung hat den Vorzug absoluter Geruchlosigkeit, geringer Schmerzerregung, vollständiger Reizlosigkeit und äufserster Sparsamkeit. 3. Die Itrolbehandlung bietet infolge der mangelnden Irritation der eitrigen Geschwürsflächen und der Verhütung einer Retention der purulenten und virulenten

Wundsekrete die berechtigte Aussicht auf eine Prophylaxis gegen die im Verlaufe des Ulcus molle zur Entwickelung gelangenden akuten Sekundäraffektionen der Inguinaldrüsen (venerische Bubonen) suppurativer oder virulenter Natur.

IV. **Die Lepra in der holländischen Kolonie Surinam einst und jetzt**, von T. Broes van Dort-Rotterdam. Surinam ist an Bodenfläche etwa so groſs wie Java. Während dieses jedoch 24 Millionen Einwohner hat, zählt Surinam nur 70 000, von welchen 2000 leprös sein sollen. Die Krankheit ist, wie sich aus den historischen Angaben über die Verbreitung ergiebt, durch Negersklaven aus Afrika eingeschleppt worden. Schon im Anfang des vorigen Jahrhunderts begegnet man dem strengen Verbot der Behörden, daſs kranke Neger auf öffentlichen Chausseen und Marktplätzen frei verkehren. Im Jahre 1791 wurde die Leproserie „Voorzorg" errichtet, aber 1823 wegen der unbequemen Lage (die Patienten konnten leicht nach den Urwäldern entfliehen) wieder aufgehoben. Im Jahre 1895 wurde von katholischen Geistlichen die Anstalt „Gerardus Majella Stichting" gegründet, die allen hygienischen Anforderungen genügte, aber am 1. Januar 1897 nicht mehr als 24 Patienten beherbergte, eine Zahl, die mit der thatsächlichen, auf der Insel vorhandenen Anzahl von Leprösen scharf kontrastiert. Dem Übelstande soll eine weitere von Protestanten errichtete Anstalt „Châtillon" abhelfen. — Im folgenden teilt uns der sehr belesene Verfasser in überaus anziehender Weise mit, wie einige ältere Schriftsteller, so besonders Schilling und van Hasselhaar über die Lepra gedacht und geschrieben haben.

V. **Zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum**, von J. V. Hjelman-Björneborg (Finland). Aus der vom Verfasser besprochenen einschlägigen Litteratur geht hervor, daſs die Ansichten über Leukoderma syphiliticum noch sehr geteilt sind, daſs weder hinsichtlich der richtigen Deutung des klinischen Krankheitsbildes noch in Bezug auf die Pathogenese des Leidens unter den Autoren Einigkeit herrscht. Die einen sehen die weiſsen Flecke, die anderen die dunklen Hautpartien als das Pathologische bei der Affektion an. Einige Autoren glauben, daſs die Affektion nur die Folge eines vorausgegangenen makulo-papulösen Exanthems ist, während nach anderen die Hyperpigmentation das Primäre, die Affektion vasoneurotischer Natur ist und in keinem ursächlichen Zusammenhange mit einem verschwundenen spezifischen Exanthem steht. Ebenso haben die von verschiedenen Autoren angestellten mikroskopischen Untersuchungen über diesen Gegenstand zu einander widersprechenden Resultaten geführt. Der Verfasser teilt im folgenden das Ergebnis der diesbezüglichen histologischen Untersuchungen von Tanturri, Saintin, Riehl, Ehrmann, Audry, Majeff und Unna mit. (Schluſs folgt.)

VI. **Zur Kasuistik der trophischen Erkrankungen der Haut**, von Bogumil W. Beron-Sofia. Der Verfasser beschreibt 3 Fälle. Im ersten Falle handelt es sich um ein 13jähriges Mädchen mit einer angeborenen Anomalie des Rückgrates und des Rückenmarkes. In der Kreuzbeingegend, mehr auf der rechten als auf der linken Seite zeigt die Patientin eine halbkugelige, pralle, breitaufsitzende, transparente, auf Druck sehr schmerzhafte und sich verkleinernde Geschwulst, die im Durchmesser etwa 10 cm beträgt. Wenn die Patientin hustet, dann sieht man deutlich, wie die Geschwulst einer Hernie ähnlich, praller wird. Beim Betasten der Grenzen des Tumors findet man einen Defekt in den Knochen des Kreuzbeines. In einen ursächlichen Zusammenhang mit dieser Spina bifida sind die trophischen Veränderungen am rechten Fuſs der Patientin zu bringen. Sie sind charakterisiert hauptsächlich durch Ulcerationen, Mutilationen, Verdickung, Verfärbung des Fuſses resp. einzelner Zehen und Nägel. — In dem zweiten Falle wird ein 38jähriger, bisher ganz gesunder Mann während einer Beschäftigung, die ihn zwingt sich stark nach vorn zu bücken, plötzlich von Schwindelgefühl und Parästhesien auf der linken Kopfhälfte befallen. Bald darauf

entwickelt sich eine Keratitis parenchymatosa, wobei das linke Auge erblindet. Vier Monate nach Beginn der Erkrankung erschienen rote Flecke auf der linken Kopfhälfte, die sich nach kurzer Zeit in schmerzlose, ganz oberflächliche Ulcerationen verwandeln. Kopfschmerzen sind nicht vorhanden. Bei der Untersuchung findet sich eine vollständige Paralyse der motorischen und der sensiblen Fasern des ganzen linken Trigeminus. — Der dritte Fall betrifft eine 35jährige Frau mit einer über den ganzen Körper ausgebreiteten Sklerodermie, in deren Gefolge sich Ulcerationen an beiden Ellenbogen, beiden Fersen und an der Plantarfläche der rechten grofsen Zehe einstellten.

VII. **Zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis (DUHRING)** von V. ALLGEYER-Turin. Der erste Fall betrifft eine bisher gesunde Frau mittleren Alters. Im Anschlufs an eine heftige Gemütserregung wird sie von intensiven, langanhaltenden Kopfschmerzen und von einer Bläschen- und Blaseneruption auf der Mundschleimhaut befallen. Neuralgien im Gebiete des Nervus trigeminus begleiten dieselbe. Kurze Zeit später bricht eine an keine bestimmte Lokalisation gebundene Hautaffektion mit chronischem Verlaufe und polymorphem Charakter aus. Im bunten Durcheinander sieht man erythematöse und quaddelähnliche Efflorescenzen, Blasen und Bläschen, sekundäre Kratzeffekte, Erosionen und Krusten von heller und dunkler Farbe. Die Affektion zeigt Remissionen und Exacerbationen und ist von heftigem Jucken und Brennen begleitet. Von Interesse ist die regelmäfsige Verschlimmerung des Zustandes einige Tage vor Eintritt der Menses und das Nachlassen der Erscheinungen nach Beginn der Menstruation. Eine Besonderheit ist ferner in dem Falle die auf Blaseneruptionen zurückzuführende Alopecie und die Eigentümlichkeit, dafs die Vereiterung des Blaseninhaltes erst dann eintritt, nachdem die Patientin durch häufige Blutverluste in einen hochgradigen Schwäche- und anämischen Zustand versetzt ist. Man kann annehmen, dafs die Eitererreger erst durch die verminderte Widerstandsfähigkeit der Gewebe einen für ihre Entwickelung günstigen Boden finden. — In dem zweiten Falle gab ebenfalls eine starke Erschütterung des Nervensystems den Hauptanstofs zum Auftreten einer von Juckreiz und Brenngefühl begleiteten Hautaffektion polymorphen Charakters.

VIII. **Ansprache bei Eröffnung der dermatologischen Sektion des XII. internationalen medizinischen Kongresses in Moskau,** von O. LASSAR-Berlin. „Alle Pathologie in Ehren!“ sagt der Vortragende. „Jeder Fortschritt auf erkenntnistheoretischem Gebiete sei mit Anerkennung begrüfst! Aber die Stärke der Dermatologie, ihre Existenzberechtigung liegt in der Therapie.“ Was sie hierin geleistet, was sie noch zu leisten hat, der Wert des Gedankenaustausches hierüber auf internationalen Kongressen wird einer kurzen, aber interessanten Betrachtung unterzogen. Mit einem „Vivat, crescat, floreat Dermatologia“ schliefst der von Wärme und Begeisterung durchglühte Vortrag. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.

Herausgegeben von L. CASPER und H. LOHNSTEIN.

II. Band, 7. Heft.

I. **Über den Wert der Kastration bei Prostatahypertrophie,** von CARL BECK. (Schlufs.) Die Narkose kann eventuell durch Lokalanästhesie ersetzt werden. Die Fälle postoperativer Manie sind vielleicht als septisches Delirium aufzufassen. Dafs manche Greise nach der Operation kindisch werden, ist möglich und begreiflich. Auch das Vorkommen einer „Cachexia testipriva“ ist noch nicht sicher festgestellt.

Die Mifserfolge der Kastration erklären sich zum grofsen Teil durch unpassende Auswahl der Fälle. Eine stark fibrös entartete Prostatahypertrophie, vorhandene Cystopyelitis verschlechtern natürlich die Aussichten. Bestimmte Indikationen und Kontraindikation lassen sich bei der Neuheit der Operation noch nicht aufstellen. Die Prostatektomie, die allein auf suprapubischem Wege gut ausgeführt werden kann, giebt noch eine sehr hohe Mortalität; sie kann nicht empfohlen werden. Die Unterbindung der beiden Arteriae iliacae internae nach Bier ist auch sehr gefährlich, ohne sichere Erfolge zu geben. Die Kastration ist deshalb vorzuziehen; die Mortalitätsziffer ist nicht höher als 7%. Sollte die Resektion des Vas deferens sich bewähren, so würde sie sehr zu berücksichtigen sein. — Verfasser berichtet zum Schlufs über fünf Fälle mit vier vollkommenen Erfolgen.

II. **Untersuchung über die Histologie des Eiters der akuten Blennorrhoe.** von H. Lohnstein und Hans Hirschfeld. (Schlufs.) Der blennorrhoische Eiter zeigt häufig rote Blutkörperchen innerhalb von Eiterzellen, eventuell entsprechende Lücken in letzteren. In neutrophilen Leukocyten des Trippereiters findet man mit Triacid grauschwarz bis schwarzrot gefärbte Granula, die wohl identisch sind mit den von Janowski, Posner, A. Lewin, Zeleneff, Pezzoli gefundenen, mit Eosin sich färbenden Klümpchen; Zeleneff hält sie für Glykogen. Diese Zellen stammen aus der Prostata. Die neutrophilen Granula zeigen nicht dasselbe Aussehen wie im Blute; sie sind verwaschen, teilweise homogen, tingieren sich mit Triacidlösung mehr rotviolett. Die eosinophilen Zellen zeigen grobe, gleichmäfsig grofse, ziegelrote Granula und meist blasser tingierte Zellkerne. Sie sind, entgegengesetzt anderen Mitteilungen, oft einkernig; der Kern ist rund. Das beweist die lokale Entstehung der Zellen im Gewebe der Harnröhre. Mastzellen findet man, wenn auch nicht häufig, im Sekret der akuten Blennorrhoe; wahrscheinlich sind sie auch lokal entstanden. Ihre Granula werden mit Loefflers Methylenblau metachromatisch tingiert. Es folgen noch genauere Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens der verschiedenen Zellenarten. Hier seien nur noch die Schlüsse wiedergegeben: 1. Vorkommen von eosinophilen und Mastzellen ist in keinem Stadium des akuten Trippers ein regelmäfsiger Befund. 2. Dort, wo sie beobachtet werden, kommen sie in relativ geringer Zahl vor, und zwar die eosinophilen Zellen im Durchschnitt zu 1—2 auf ein Gesichtsfeld, Mastzellen ca. 2—6 auf ein Deckglas. 3. In den einzelnen Fällen steigt die Zahl der eosinophilen Zellen allmählich, um in der vierten Woche ihr Maximum zu erreichen. Die Mastzellen kommen am zahlreichsten in der dritten Woche vor. 4. Am meisten eosinophile Zellen findet man in Fällen, in welchen die Eiterung lange anhält. 5. Zwischen dem Vorkommen der eosinophilen Zellen und dem der Mastzellen besteht häufig Parallelismus. Doch fanden wir in mehreren Fällen noch Mastzellen, nachdem die eosinophilen bereits endgültig verschwunden waren. 6. Viele eosinophile Zellen haben einen runden Kern. Daraus läfst sich der Schlufs ziehen, dafs diese Formen lokal in der Schleimhaut der Urethra gebildet worden sind.

III. **Über Urethro-Rectalfisteln. Eine neue Operationsmethode nebst Bericht über drei erfolgreich behandelte Fälle,** von James P. Tuttle. Die Litteratur über Urethro-Rectalfisteln ist eine sehr spärliche. Man kann sie einteilen in traumatische und pathologische. Erstere entstehen am häufigsten durch Verletzung des Rectums bei Operationen an Urethra, Prostata und wegen Blasenstein. Diese Fälle heilen meistens zusammen mit der perinealen Wunde. Eine weitere Ursache sind forcierte Sondierungen der Urethra, wobei die Rectalwand nicht perforiert zu werden braucht. Diese Fisteln verlaufen in diesen Fällen aufwärts und rückwärts. Ebenso kann jede andere Operation an Urethra und Rectum, jede Zerreifsung der Urethra etc. zur Urethro-Rectalfistel nach Entstehung eines Abscesses führen. Patho-

logische Urethro-Rectalfisteln entstehen durch fortwuchernde Carcinome, luetische oder tuberkulöse Ulcera im Rectum — ein seltenes Vorkommnis —, Erkrankungen der Urethra und Prostata, besonders Strikturen und deren Folgen, Prostataabscesse, Urethralsteine. Auch kongenital kommen diese Fisteln vor bei verschlossener Analöffnung; sie heilen nach Eröffnung des Rectums. — Der Verlauf der Urethro-Rectalfisteln läfst zwei Stadien unterscheiden: 1. das akute, suppurative Stadium; 2. das chronische Stadium, das der Narbenbildung. Das suppurative Stadium ist kurz bei Verbindung des Rectum mit der Pars membranacea; länger, wenn sich die Öffnung in der Pars prostatica befindet. In letzterem Falle entwickeln sich leichter Divertikel, die Gänge sind gewundener. Die Tuberkulose bewirkt eine fistulöse Unterminierung der Schleimhaut. Durch Calculi entstandene Fisteln bilden keine Divertikel. Die Prostataabscesse rufen central erweiterte, mit pyogener Membran ausgekleidete, von narbigem Bindegewebe umgebene Fisteln hervor. (Schlufs folgt.)

II. Band, 8. Heft.

I. **Über Urethro-Rectalfisteln**, von James P. Tuttle. (Schlufs.) Die Diagnose ist zu stellen aus dem Durchtritt des Urins resp. der Faeces durch das Rectum resp. die Urethra während der Funktion der betreffenden Organe. Die Menge ist abhängig von der Gröfse der Fisteln und von dem Grade der etwaigen Obstruktion der entsprechenden normalen Öffnungen. Der Übertritt von Urin in den Mastdarm ist viel häufiger als derjenige der Faeces in die Urethra, weil die Fisteln meist niederwärts und rückwärts von der Urethra verlaufen, die Fistelöffnungen meist sehr klein sind, der Sphincter ani selten die Entleerung stark behindert. Gase passieren häufiger die Fistel als Faeces. Der Urin führt im Rectum leicht zu Ulceration. Auch der Samen kann sich durch die Fistel ins Rectum ergiefsen. Die Diagnose, ob Urethro-Rectalfistel oder Vesico-Rectalfistel, hat folgende Anhaltspunkte:

Urethro-Rectalfistel.	Vesico-Rectalfistel.
1. Selten angeboren.	1. Gewöhnlich angeboren.
2. In der Anamnese Erkrankung der Harnröhre oder Prostata.	2. In der Anamnese Peritonitis oder Erkrankung des Darmkanals.
3. Übertritt des Inhalts des einen Kanals in den anderen nur während des funktionellen Aktes.	3. Übertritt des Inhalts des einen Kanals in den anderen, unabhängig vom funktionellen Akt.
4. Menge der per vias praeternaturales passierenden Exkremente gering und unbeständig.	4. Menge der per vias praeternaturales passierenden Exkremente grofs und konstant.
5. Cystitis und krankhafter Harndrang selten.	5. Cystitis und krankhafter Harndrang ausnahmslos.
6. Rectalöffnung gewöhnlich tief unten.	6. Rectalöffnung hoch oben.
7. Eine in der Urethra befindliche Sonde kann vom Rectum aus mit dem Finger oder einer Sonde gefühlt werden.	7. Eine in der Urethra befindliche Sonde kann vom Rectum aus nicht gefühlt werden.
8. Eine in die Harnblase injizierte gefärbte Flüssigkeit erscheint im Rectum nicht, bevor die Miktion stattfindet.	8. Eine in die Harnblase injizierte gefärbte Flüssigkeit erscheint im Rectum unmittelbar nach der Injektion.
9. Ablagerung von narbigem Bindegewebe gewöhnlich grofs und mit dem Finger vom Rectum aus zu fühlen.	9. Ablagerung von Bindegewebe gewöhnlich gering und mit dem Finger nicht zu fühlen.

10. Rectalöffnung der Fistel gewöhnlich klein, Fistelgang bei der Digitaluntersuchung auffindbar.

10. Rectalöffnung der Fistel gewöhnlich grofs, Fistelgang nicht fühlbar.

Die Therapie erheischt Entfernung aller Hindernisse für den Durchtritt der Faeces und des Urins auf normalem Wege, ferner Schutz der betreffenden Teile vor régelwidriger Passage des Urins, der Fäkalien, der Gase. Bei ersterem ist das durch den Katheter erreichbar, bei letzteren aber sehr schwierig und zuweilen nur durch vorübergehende Anlegung eines Anus praeternaturalis zu erreichen, wie es Verfasser in einem Falle gethan. Des weiteren erheischt die Behandlung die Anwendung von Ätzmitteln oder die operative Entfernung des Fistelganges. Die Prinzipien der letzteren erörtert der Verfasser ausführlich und schildert sein Verfahren, bei dem die Einlegung eines Dauerkatheters nach der Operation von Wichtigkeit ist. Drei Fälle hat Verfasser mit Erfolg operiert. — Aus der Litteratur geht hervor, dafs von 25 Fällen acht durch Operation, vier durch palliative Behandlung geheilt sind; letztere waren verhältnismäfsig akute Fälle.

II. **Über Doppelbildung der männlichen Harnröhre,** von F. Stockmann. Doppelbildungen der Urethra sind selten. Die Öffnung liegt gewöhnlich am Penisrücken im Bereiche der Eichel oder hinter derselben; aber auch centrale sind beobachtet. Stets liegen sie in der Mittellinie. Die Kanäle enden gewöhnlich blind unter der Symphyse. Verfasser stellt die bisher beobachteten Fälle zusammen. (Schlufs folgt.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.

Oktober 1897.

Über die Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation, von George Ogilvie-London. Die Ansichten über die Möglichkeit einer Vererbung der Syphilis bis ins dritte Geschlecht sind sehr geteilt. Während von Düring neuerdings mehrere Fälle beobachtet hat, leugnet Hutchinson das Vorkommen solcher entschieden. Der Verfasser hat sich in der vorliegenden Arbeit die Aufgabe gestellt, die strittige Frage nach der einen oder nach der anderen Seite hin zu entscheiden. Zunächst hält er es für notwendig sich darüber völlige Klarheit zu verschaffen, ob man überhaupt die Diagnose auf hereditäre Syphilis allein aus den Erscheinungen an Patienten stellen kann. Trotzdem es wahr ist, dafs kein einziges Symptom absolut pathognomonisch ist, so ist der Verfasser dennoch überzeugt, dafs ein bestimmter Symptomenkomplex es gestattet, die Diagnose mit derselben Sicherheit, wie jede andere klinische Diagnose, zu stellen. Ist dies aber möglich, so wird ein Fall von hereditärer Syphilis in der zweiten und dritten Generation als solcher voll erwiesen sein, wenn gleichzeitig acquirierte Syphilis in der zweiten Generation ausgeschlossen werden kann. Dies letztere ist sehr schwer, ja vielleicht ganz unmöglich, wenn man nicht seinen gesunden Menschenverstand, seine Erfahrung und die Litteratur zu Hülfe nimmt. — Zur Entscheidung der Frage ist es ferner wünschenswert, sich darüber zu einigen, was man zweifellos als „hereditäre Syphilis" ansehen darf. Verfasser will zunächst nur solche Fälle in Betracht ziehen, welche die gewöhnlichen Erscheinungen der kongenitalen Lues im Kindesalter oder im späteren Leben den bekannten Symptomenkomplex aufweisen und eine definitive Diagnose zulassen. Er will jene Fälle einstweilen ausschliefsen, welche nur mit sog. „parasyphilitischen" Symptomen behaftet waren. — Im folgenden werden die in der Litteratur als Beispiele von Übertragung der Syphilis bis ins dritte Geschlecht publizierten Fälle einer strengen Kritik seitens des Verfassers unterzogen. Bei der Mehrzahl werden Irrtümer nachgewiesen, die von

vornherein die Diagnose ganz unsicher machen. Nur sehr wenige halten vor dem kritischen Blicke des Verfassers Stand, darunter ein Fall von Caesar Boeck (*Ann. de Derm. et de Syph.* Band X. pag. 782). Grofsmutter, Mutter und Kind wurden alle in demselben Hospital* behandelt und beobachtet. Die Grofsmutter hatte im Alter von 18 Jahren Syphilis acquiriert. Ihre Krankengeschichte ist von W. Boeck im Jahre 1862 (*Recherches sur la Syphilis*) publiziert. Sechs Jahre später bringt sie ihre Tochter, damals 2 Monate alt, mit intensiven hereditär-syphilitischen Erscheinungen ins Krankenhaus. Eine sehr ausführliche Beschreibung dieses Falles ist von W. Boeck im Jahre 1875 gegeben worden. Die Patientin wurde im Alter von 29 Jahren noch mit untrüglichen Zeichen hereditärer Syphilis, Narben um die Mundwinkel, Überresten einer interstitiellen Keratitis beider Augen und charakteristischen Zähnen, beobachtet. Seit 5 Jahren war sie verheiratet. Ein Jahr vor ihrer Verheiratung hatte sie einem Kinde von einem anderen Vater das Leben geschenkt. Im Alter von einem Monate starb dieses Kind an Konvulsionen. Der Vater soll keinerlei Anzeichen von Syphilis gezeigt haben. Von dem gegenwärtigen Gatten zeugte sie zwei Kinder, von denen das ältere im Alter von 2 Jahren an Scharlach starb; das jüngere 4—5 Monate alt, brachte die 29jährige Patientin ins Hospital mit. Es litt seit 2 Monaten an Stockschnupfen, zeigte einen typischen makulo-papulösen Ausschlag am Körper. Im Hospital bekam es eine Periostitis beider Tibien, welche mit den übrigen Symptomen unter einer fünfwöchentlichen Jodkaliumkur verschwand. Der Vater des Kindes wurde einer strengen Untersuchung unterzogen. Er leugnete jemals Syphilis gehabt zu haben, noch zeigte er zur Zeit irgend eine Spur der Krankheit. Für eine acquirierte Syphilis der Mutter des Kindes giebt weder die Anamnese noch der Status irgendwelche Anhaltspunkte. Sie zeigte keinerlei frische Syphiliserscheinungen vor noch nach ihrer ersten Niederkunft. Sie hat niemals einen Abortus durchgemacht. Ihr Kind ist von niemand anderem als von ihr selbst gepflegt und versorgt worden. — Der Verfasser bespricht weiter die Fälle von Düring, Galezowski und sagt resumierend über sämtliche in der Litteratur publizierten Beispiele von Übertragung der Syphilis ins dritte Geschlecht, dafs er von der Existenz einer solchen zwar fest überzeugt sei, dafs aber kein einziger Fall über jeden Zweifel erhaben sei, weil die acquirierte Syphilis in zweiter Generation absolut auszuschliefsen ein Ding der Unmöglichkeit wäre. (Fortsetzung folgt). *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897, No. 8.

I. **Ergebnisse des chirurgischen Eingreifens bei Geschwülsten,** von Albarran. In vorliegender Arbeit befafst sich der Verfasser nur mit den Blasen-Geschwülsten. Drei Faktoren will er der Reihe nach behandeln: Die Schwierigkeit der Operation, die Rückfälle und die Dauer des Weiterlebens der Kranken. Ferner will er zunächst die häufigste Art der Blasengeschwülste berücksichtigen, nämlich die epithelialen Neubildungen, sowohl die gutartigen als die bösartigen. — Zunächst können die Geschwülste histologisch verschieden sein, aber auch wenn sie der gleichen Kategorie angehören, unterscheiden sie sich durch den Grad der Entwickelung der Krankheit und weiter durch den jeweils angewandten chirurgischen Eingriff. Sodann entstehen öfters auch bei den Histologen Zweifel über die Gewebsnatur, z. B. ob Papillom oder Epitheliom vorliegt. — Handelt es sich um Geschwülste gleicher Art, so giebt es dennoch Fälle darunter, die bezüglich der Schwierigkeit der Operation und der Wahrscheinlichkeit des Rückfalles differieren. Solche Beispiele finden sich bei den Epitheliomen. Ob diese in der Blasenwand sitzen oder in die Höhle hinein-

ragen, gestielt sind, ist von höchster Bedeutung. Die stiellosen infiltrierten, also eng mit der Wand verbundenen Geschwülste sind, selbst wenn klein, wegen des Weitergreifens dieser Infiltration sehr zu fürchten, auch das Befallenwerden der Drüsen steht in Aussicht, es sind von Anfang an Krebse. Dagegen verbreiten sich die gestielten Epitheliome nur langsam und die Infektion der Drüsen ist fast gar nicht zu erwarten. — Auch der Sitz der Geschwülste ist von hoher Bedeutung. An der vorderen Blasenwand läfst sich eine breite Resektion relativ leicht ausführen, während die Operation hinter und neben dem Blasenhalse als mühselig und ernst zu betrachten ist. — Zieht man noch die übrigen Verhältnisse in Betracht, welche den Kranken und den Operierenden betreffen, so müssen die Operationsergebnisse sehr mannigfaltig ausfallen. Albarrans jüngste Resultate sind folgende: er operierte 29 Blasengeschwülste, darunter befanden sich 6 Papillome, 22 Epitheliome und ein Sarkom. Von diesen Kranken verlor er 6, also 20%. — Die 6 Fälle von Papillom blieben alle am Leben und ergaben nach Jahren noch kein Recidiv, bei allen kam der hohe Blasenschnitt in Anwendung, die dem Tumor benachbarte Schleimhaut ward mit entfernt, der Einpflanzungspunkt der Geschwulst genäht, die Blase geschlossen. Besafsen die Geschwülste eine breite Ansatzstelle, so wurde die Blasenwand weit über dieselbe hinaus im ganzen resseciert. Die Sectio alta hält Albarran bei den Papillomen der Blase im allgemeinen für eine wohlthätige und nicht gefährliche Operation. Jedoch mufs man sich vor einer bestehenden schweren Anämie in Acht nehmen und, wenn möglich, die Kräfte des Kranken zu heben suchen, bevor man zur Operation schreitet. Bei der Operation soll man natürlich aufs genaueste die Schleimhaut besichtigen und jede verdächtige Hervorragung entfernen. Haben Papillome eine breite Einpflanzungsbasis, so ist's am geratensten, so vorzugehen, als ob ein Epitheliom vorhanden sei, also selbst breit zu resecieren. — Die Operationsresultate bei den malignen Geschwülsten der Blase lassen noch viel zu wünschen übrig. Hier handelt es sich oft um lange und mühselige Eingriffe. Unter 23 operierten Fällen dieser Art verlor Albarran sechs Patienten (26% Mortalität); hierbei ist zu erwägen, dafs in vier Fällen nur palliative Eingriffe möglich waren. In zwei Fällen ist er ganz radikal vorgegangen, hat in dem einen Falle die totale Resektion der Blase, im andern wegen eines parietalen Epithelioms die Symphyseotomie ausgeführt, aber beide Fälle endeten tödlich; der erste durch Shock, der zweite anscheinend als Jodoformvergiftung, bei der Sektion desselben fand man jedoch alte Peri-Encephalitis und doppelte Pyelo-Nephritis. Man darf jedoch nicht glauben, dafs diese bedeutenden Eingriffe, wie Totalresektion und Symphyseotomie, stets ein so trauriges Resultat ergeben. So hat Albarran unter vier Symphyseotomien wegen Blasentumor mit gleichzeitiger breiter Resektion der Blasenwandung nur einen Fall verloren, und von den sieben mit Totalresektion der Blase behandelten blieben fünf am Leben. Freilich sind diese Eingriffe weit gefährlicher als die einfache Sectio alta, aber sie haben doch in gewissen besonders schweren Fällen ihre bestimmten Anzeigen. Die Symphyseotomie steigert wohl überhaupt nur wenig den Ernst der Operation, die Resektion, ob sie gröfser oder kleiner, bringt erst die eigentliche Gefahr mit sich. Auch hier betont der Verfasser, wie wichtig es sei, dafs man den Kranken erst in einem solchen Zustande operieren solle, wenn man den durch Hämaturie Erschöpften wieder Kräfte habe gewinnen lassen. Nur wenn lebensgefährliche Blutung oder Infektion vorhanden, mufs auch die Operation gewagt werden. Betreffs der weiteren Schicksale der Operierten bringt der Verfasser einige sehr interessante Daten. Ehe er darauf eingeht, bemerkt er, dafs nur die radikal, nicht palliativ (durch Sectio alta mit Kauterisation) behandelten Fälle von ihm ins Auge gefafst sind. Und da zeigt sich die Mannigfaltigkeit des Ausganges. So können ganz günstig erscheinende Fälle später Recidive

aufweisen, während verdächtigere von solchen frei bleiben oder nur gutartige (papillomatöse) Recidive bilden. Vier günstig, drei ungünstig verlaufende Krankengeschichten belehren deutlich über diese Verhältnisse; die Lektüre derselben im Originale ist empfehlenswert.

II. **Alte hartnäckige Cystitis. Hoher Blasenschnitt. Auskratzung der Blase. Heilung,** von Motz. In die Behandlung Guyons kam im März 1897 ein Fall von chronischer Cystitis, welche sich bis zum Juni 1890 zurückverfolgen läfst. Im Laufe der Zeit war das Leiden trotz verschiedener Behandlungsarten immer schlechter geworden, bis 1896 nach Entfernung zweier kleiner Papillome und einer Auskratzung der Blase durch die Harnröhre für die Patientin eine kurze Zeit der Besserung eintrat. Aber sich anschliefsende Ätzungen mit 4% Argentum nitricum-Lösung und 20% Milchsäure verschlimmerten den Zustand wieder wesentlich. Die Schmerzen kehrten wieder, der Harn ward trüb, blutig, alkalisch. Die Blase war so empfindlich geworden, dafs sie kaum 30 g Flüssigkeit behielt, der heftige Drang stellte sich wenigstens alle Viertelstunde Tag und Nacht ein. — Zunächst wurde eine methodische Behandlung mit Argentum nitricum-Einträufelungen eingeleitet, die das Blut zum Verschwinden brachte, sonst aber ohne Nutzen blieb. Am 13. Mai schritt daher Prof. Guyon zur Sectio alta und reihte die Auskratzung der Blase an, welche er erst nach Eröffnung derselben durch die Harnröhre bewerkstelligte, wobei die schneidende Fläche des Löffels nach unten gekehrt war. Bei dieser Sectio alta bediente sich Guyon zum ersten Male eines Gummikatheters, dessen Ende unter dem Drucke einer eingespritzten Flüssigkeit wie ein Ballon sich ausdehnen liefs und etwa 100 g Flüssigkeit zurückhalten konnte. Während nun die empfindliche Blase die durch einen gewöhnlichen Katheter eingeführte Flüssigkeit herausstiefs, konnte man mit dem neuen Instrument bei langsamem Vorgehen wohl zunächst eine starke Reaktion, dann aber doch so viel erreichen, dafs die Blase als Kugel sich vorwölbte und so leicht zu treffen war. Erst nachdem man die Blase sicher entdeckt hatte, wurde das Endstück des Katheters völlig ausgefüllt. Nach der Eröffnung der Blase fand man deutlich die Veränderungen infolge von Cystitis chronica vegetans, besonders in der Gegend des Trigonum. Alles Fungöse wurde durch den scharfen Löffel weggekratzt, hierauf legte man den Guyonschen Tube-siphon an, der später durch Pezzers Katheter ersetzt wurde. Im ganzen bekam die Blase durch diese Drainage sechs Wochen absoluter Ruhe. Nach Entfernung dieser Tuben schlofs sich die Blase bald völlig, blieb aber noch zunächst so empfindlich, dafs sie nur 40 g zurückhielt. Man benutzte daher noch etliche Zeit einen Verweilkatheter, schliefslich konnte auch dieser entbehrt werden, die Kapazität der Blase erreichte 120 g; die Patientin brauchte jetzt nurmehr alle drei Stunden zu urinieren. — Am Schlusse empfiehlt der Verfasser nochmals die Anwendung des oben erwähnten auftreibbaren Katheters bei reizbaren, zu operierenden Blasen, sowie die horizontal durch die Harnröhre auszuführende Auskratzung der Blase nach Eröffnung derselben. Namentlich die untere Wand der Blase sei so leichter zu treffen, als wenn man von oben senkrecht eindringe, auch die Umgebung des Halses werde sicherer erreicht als bei vertikalem Currettement.

III. **Fibrom der Blase,** von Quahoubian. Verfasser beschreibt den vorliegenden Fall ausführlich, weil die reinen Fibrome der Blase selten vorkommen. Folgendes mag erwähnenswert sein: Der 45jährige Patient leidet erst seit zehn Monaten, seine Beschwerden wurden zunächst als cystitische gedeutet. Erst die genauere Untersuchung und zwar sowohl Palpation als bimanuelle Untersuchung und namentlich die Cystoskopie ergaben Aufschlufs, dafs ein gröfserer höckeriger Tumor an der vorderen oberen Wand der Blase vorhanden sei. Durch die Sectio alta wurde sodann die Geschwulst entfernt, nicht ohne Schwierigkeit, da man wegen Herabtreten des Bauch-

fells eine Darmschlinge einschnitt. Doch hatte dieser Zufall keine üblen Folgen, die Blase wurde nicht genäht, heilte nach Entfernung eines kleinen Steines völlig aus, was cystoskopisch nachgewiesen wurde. Die Geschwulst selbst, von Orangengröfse, wog mehr als 120 g. Auf dem Einschnitt konstatierte man ein weifsliches, hartes, wirklich fibromatöses Gewebe. Diese Struktur wurde auch mikroskopisch bestätigt. In ihrer Gesamtheit war die Geschwulst von dichtem Bindegewebe gebildet, dazwischen befanden sich wenige elastische Fasern und platte Zellen. — Am Schlusse hebt Verfasser als Eigentümlichkeiten des Falles nochmals hervor: 1. die Seltenheit der Fibrome und besonders die interstitielle Varietät; 2. die seltene Gröfse (Orangengröfse); 3. den Sitz an der vorderen oberen rechten Seitenwand, während sonst die Blasengeschwülste mit Vorliebe den Fundus oder das Trigonum aussuchen; 4. das Fehlen jeglicher Hämaturie; 5. die schnelle Wiederherstellung des Cavum vesicae trotz so bedeutender Verwüstung.

IV. **Ein neues System der Verbindung für ganz feine Harnröhrensonden**, von Gourdet. Der Verfasser fand öfters Schwierigkeiten bei dem Aufschrauben eines Metallkatheters (z. B. Lefort) auf dessen feinen (filiformen) Konduktor. Die Schwierigkeit liegt nach seiner Ansicht darin, dafs man Mühe hat, den Schraubengang des einen Instrumentes genau in der Axe des anderen Instrumentes festzuschrauben, man verfehlt leicht die richtige Verschraubung und verdirbt das Instrument. Um dem abzuhelfen, läfst G. an den Schraubengang des einen Instrumentes noch ein Zusatzstück anfügen, das ohne zu reiben durch den Schraubengang des anderen Instrumentes hindurchgeht, unterhalb desselben aber ein genau passendes Aufnahmestück findet. So werden die beiden Instrumente viel inniger verbunden, bleiben in derselben Axe. Delamotte fertigt diese Instrumente zweckmäfsig an. Drei Figuren erläutern diese neue Art der Verbindung. *Neuhaus-München.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1897. Heft 2.

I. **Ulcus molle und Urethritis chronica**, von Mazzarino. Verfasser beschreibt fünf Fälle von chronischer Urethritis, bei denen sich sekundär Geschwüre vom Charakter des Ulcus molle entwickelten. Mit Produkten sowohl der chronischen Urethritis als der Ulcera hat er auf künstlichen Nährböden stets dieselben Kulturen sich entwickeln sehen, nämlich den Staphylococcus pyogenes aureus und albus und ausnahmsweise den Streptococcus. Er hat ferner Detritusmassen aus Ulcera mollia, sowie exsudative Produkte von Blennorrhoe auf Meerschweinchen inokuliert und stets identische Veränderungen hervorgerufen. Nach diesen Versuchen würde somit das Ulcus molle auch durch die gewöhnlichen Eitererreger erzeugt werden können, womit dem Ducrey-Unnaschen Bacillus seine Spezificität abgesprochen wird.

II. **Noma infolge von Syphilis**, von Raffaele Pantaleone. Es handelt sich um ein 4jähriges Kind mit unzweifelhaften Erscheinungen hereditärer Lues. Es entwickelten sich bei demselben an der Lippenschleimhaut gangränöse Stellen, die Verfasser für Noma erklärt. Es kann sich hier nicht um eine Noma von rein vasalem Ursprunge infolge von Innervationsstörungen handeln, ebenso auch nicht um einen infektiösen Prozefs, der sich von der Nachbarschaft her ausgebreitet, die Gefäfse ergriffen und zum Verschlufs derselben geführt hat. Die Grundursache mufs hier in einer allgemeinen Ernährungsstörung mit konsekutiver Gefäfserkrankung gesucht werden, wie dies bei Syphilis häufig ist. Trotz angewandter spezifischer Behandlung verlief der Fall letal.

III. **Leprachronik der Klinik**, von Campana. C. hat einen weiteren Fall von tuberöser Lepra beobachtet, den vierten in seiner Klinik, den siebenten in Rom seit vier Jahren. Kulturen auf festen Nährböden entwickeln sich reichlich, wie denn auch in den Lepromen aufserordentlich zahlreiche Bacillen mikroskopisch nachgewiesen werden. Das Protoplasma des Leprabacillus ist gelatinös und ist ungefähr zusammengesetzt wie die Kapsel gewisser eingekapselter Stäbchenbakterien. Die Sporen- und Körperchenreihen färben sich intensiver als das Protoplasma und bilden den Hauptbestandteil des Mikroorganismus. *C. Müller-Genf.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Oktober 1897.

I. **Der Zusammenhang der Tuberculosis mit Hautkrankheiten, abgesehen von Lupus vulgaris**, von J. N. Hyde-Chicago. Es ist eine feststehende Thatsache, dafs aufser beim Lupus vulgaris auch sonst eine primäre Infektion der Haut mit Tuberkelbacillen vorkommt und dafs sie zu einer sekundären Infektion anderer Körperorgane Anlafs geben kann. Ebenso steht es fest, dafs eine viscerale Tuberkulose primären Ursprunges von einer sekundären Infektion der Hautdecke gefolgt sein kann. Es giebt aber auch eine Reihe von Fällen, bei denen eine primäre tuberkulöse Infektion der Haut beispielsweise im Gesicht, sei es direkt durch Autoinkulation oder indirekt durch Verschleppung von Krankheitsstoffen auf dem Wege der Lymphgefäfse, eine sekundäre Hautinfektion an einer anderen Körperstelle, beispielsweise an den Schultern oder Beinen, veranlassen kann. Schliefslich mufs zugegeben werden, dafs die Tuberkulose des einen oder des anderen inneren Organes für einen Hautausschlag verantwortlich gemacht werden kann, dessen Efflorescenzen zwar keine Bacillen oder ihre Toxine enthalten, aber doch als Reflex oder begleitendes Symptom einer solchen Infektion angesehen werden können. — Der Verfasser klassifiziert die infektiösen, direkt oder indirekt aus einer Tuberkulose resultierenden Hauterscheinungen in drei Kategorien: 1. Die erste umfafst solche Läsionen, welche nach Ansicht der meisten Forscher entweder mit einer primären oder einer sekundären Tuberkulose der Haut in direktem Zusammenhange stehen. Tuberkelbacillen sind hier als effektive Ursache nachgewiesen worden. Hierher gehören der Lupus vulgaris und verschiedene als Abarten desselben angesehene Hautaffektionen, wie die Verruca necrogenica, die Tuberculosis verrucosa cutis, Tuberculosis papillomatosa cutis, Fibromatosis tuberculosa cutis, Elephantiasis tuberculosa cutis, Tuberculosis cutis ulcerativa, Tuberculosis gummatosa ulcerativa, Lymphangitis tuberculosa cutanea, Tuberculosis cutis serpiginosa ulcerativa, Tuberculosis cutis fungosa, Tuberculosis nodosa atrophica. 2. Der zweiten Gruppe gehören diejenigen Fälle an, bei denen Tuberkelbacillen in den Efflorescenzen sehr wahrscheinlich vorhanden sind, wenigstens in geringer Zahl, aber der Nachweis derselben nur aufserordentlich selten gelingt. Zu dieser Kategorie zählen das Erythema induratum scrofulosorum, der Lupus erythematosus, der Lichen scrofulosorum (Acne cachecticorum, Folliculitis scrofulosorum), ferner Tuberculosis suppurativa et bullosa acuta, Tuberculosis acneiformis der Gesichtshaut, Tuberculosis sycosiformis der Haut, Folliculitis tuberculosa, gewisse Keloide (der Verfasser vermochte bei Meerschweinchen durch Inokulation mit Keloidgewebe Tuberkulose hervorzurufen), endlich das Ulcus molle inguinale. 3. Der dritten Gruppe gehören Fälle mit solchen Hauterscheinungen an, welche nicht direkt auf die Anwesenheit von Tuberkelbacillen oder Toxinen zurückzuführen sind, sondern nur bisweilen bei tuberkulösen Individuen auftreten und als lokaler Ausdruck des Allgemeinzustandes betrachtet werden können. Es sind das ekzematoide Plaques vom Lichentypus,

auf einer Stelle festsitzend und der Therapie hartnäckig widerstehend bei Leuten mit skrophulotuberkulöser Belastung, ferner Erythema pernio, bisweilen auch das Erythema multiforme als Ausdruck einer Kachexie, die in Tuberkulose ihre Ursache hat. — Die einzelnen, oben erwähnten Affektionen jeder Gruppe werden vom Verfasser einer kurzen Besprechung unterzogen.

II. **Tuberkulöse Nekrose der Prostata,** von E. Fuller-New York. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle. 1. Ein 35jähriger, stark abgemagerter Mann kommt ins Krankenhaus und giebt an, an Syphilis gelitten zu haben. Die Untersuchung stellt Überreste einer solchen fest, aufserdem werden die Lungen tuberkulös befunden. Der Patient klagt nicht über Beschwerden im Urogenitalapparate. Kurze Zeit nach seiner Aufnahme verfällt er in Bewufstlosigkeit und stirbt. Die Autopsie ergiebt ausgedehnte tuberkulöse Herde in den Lungen. In der Substanz des Prostatakörpers wird ein umschriebener nekrotischer Herd konstatiert, der sich unter dem Mikroskop als tuberkulös erweist. Die anderen Teile der Prostata wurden normal befunden. Die Prostata selbst war nicht nennenswert vergröfsert. Die Autopsie des Gehirns ergab einen ähnlichen aber etwas kleineren nekrotischen Herd im Cerebellum. — Fall 2 betrifft einen 45jährigen Neger, der im letzten Jahre stark abgemagert ist. Seine Hauptklage bildeten die Harnbeschwerden, die sich nach und nach seit ca. acht Monaten eingestellt hatten. Im Beginne mufste er öfter als normal urinieren, konnte jedesmal nur wenig entleeren. Es geschah dies aber ohne Schmerzempfindung. Der Urin war klar und frei von Eiter. Nach und nach verschlimmerten sich die Erscheinungen, bis völlige Harnretention eintrat. Man sagte dem Patienten, dafs er an einer Prostatahypertrophie leide. Bei der Untersuchung per rectum stellte Verfasser eine grofse, harte Geschwulstbildung in der Prostata fest. Beide Samenbläschen erschienen dick, verhärtet und in eine Masse von perivesikulärem Infiltrate eingebettet. Ein Testikel war ebenfalls vergröfsert, induriert und der Sitz eines entzündlichen Prozesses. Der mittelst Katheters entleerte Urin enthielt eine grofse Menge Eiweifs und Eiter und roch penetrant. Die abdominale Palpation entdeckte eine beträchtliche Spannung über der rechten und eine mäfsigere über der linken Niere. Eine Harnröhrenstriktur war nicht vorhanden. Da der Zustand des Patienten, als Verfasser ihn zum ersten Male sah, ein gefahrdrohender war, so wurde sofort der perineale Schnitt ausgeführt. Beim Durchschneiden des prostatischen Tumors flofs etwas stark übelriechender Eiter hervor. Die Palpation mit dem in die Wunde eingeführten Finger erweckte den Eindruck, dafs man es mit einer nekrotischen Masse zu thun habe. Ohne Mühe wurde die ganze Drüse entfernt, die sich als vollständig nekrotisiert erwies. Das nekrotische Gewebe wurde mikroskopisch als tuberkulös befunden. Zwölf Stunden nach der Operation starb der Patient. Die Autopsie bestätigte die schon in vivo vom Verfasser gestellte Diagnose. Der vergröfserte Testikel erwies sich ebenfalls als tuberkulös.

III. **Starke Lösungen der Ichthyolgruppe bei der Behandlung akuter und chronisch entzündlicher Zustände der Haut,** von H. G. Klotz-New York. Innerhalb der letzten 3—4 Jahre hat Verfasser in ausgedehnter Weise Ichthyol und Thiol und in beschränkterem Mafse Tumenol angewandt. Das Thiol fand Verfasser fast ebenso wirksam wie das Ichthyol, nur dafs jenes vor diesem den Vorzug der Geruchlosigkeit besitzt. Eine ausgezeichnete, bisher wenig hervorgehobene Eigenschaft haben alle drei Medikamente gemeinsam, nämlich dafs sie in einer dünnen Schicht rein oder vermischt mit gleichen Teilen Wasser auf der Haut ausgebreitet ganz rapide eintrocknen und einen sehr feinen Überzug als Decke zurücklassen. Durch die rasche Verdunstung empfindet man auf der Haut eine wohlthuende Kühle; gleichzeitig schliefst die Decke die affizierten Hautpartien gegen die äufsere Luft und Irritamente ab, sodafs man eines weiteren Verbandes entbehren kann. Die Ichthyol- und Thiol-

decke läfst sich im Gegensatze zu den Kollodium- und Traumaticinverbindungen leicht mit Wasser wegwaschen. Tumenol wird von Wasser weniger beeinflufst und eignet sich deshalb besonders für feuchte Stellen, beispielsweise für die Glans penis nahe dem Orificium. Im Sommer bei starker Hitze und feuchter Wärme empfiehlt es sich, die vorher bestrichenen Partien mit einem indifferenten Puder zu bestreuen. Verfasser rät, mit der Koncentration der Ichthyol- resp. Thiollösung nicht zu ängstlich zu sein. Er habe keinen Fall beobachtet, der nicht die stärksten Lösungen vertragen hätte. Doch sollte man nicht unterschiedslos starke Präparate gebrauchen, sondern die Koncentration dem jeweiligen Falle und dem jeweiligen Stadium einer Affektion anpassen. — Im folgenden teilt Verfasser seine guten, zum Teil ausgezeichneten Resultate mit, die er bei verschiedenen krankhaften Zuständen der Haut, so bei Erysipel, Dermatitis venenata und anderen mit der Applikation von Ichthyol-, Thiol- und Tumenolpräparaten erzielt hat. Er schliefst seine interessanten Betrachtungen mit einem Citat aus Kromayers *Allgemeiner Dermatologie* ab, das den Dermatologen daran erinnert, über dem Experimentieren mit stets neuen Präparaten nicht die alten wohlerprobten und bewährten Medikamente zu vergessen und zu vernachlässigen.

C. Berliner-Aachen.

Berichte aus Johns Hopkins Hospital.

Band I.

I. **Zwei Fälle von Protozoen (Coccidien)-Infektion der Haut und anderer Organe,** von Rixford und Gilchrist. Die erste Erkrankung begann als leicht erhabener Fleck am Nacken, der langsam an Gröfse zunahm, allmählich kamen neue Flecke auf Kopf und Augenlidern hinzu, nahmen knotige Form an und exulcerierten; die Augen konnten nicht geöffnet werden, die Nase wurde befallen. Die Stellen waren höchst empfindlich, zeigten keine Tendenz zur Heilung und vergröfserten sich allmählich und ähnelten der Tuberculosis verrucosa cutis. In mikroskopischen Schnitten fanden sich zahlreiche Protozoen. Dann wurden die Lymphdrüsen befallen, Fieber trat auf, Lungen und Hoden erkrankten, endlich starb der Patient.

Der zweite Fall erkrankte mit Blutspucken, Fieber, Husten, blutigem Urin, Lymphdrüsenschwellung, endlich traten etwa 30 Flecke, die den im vorigen Falle beschriebenen ähnlich waren, auf. Auch dieser Mann starb an Auszehrung.

II. **Ein Fall von blastomycetischer Dermatitis beim Menschen,** von Gilchrist. Die Erkrankung war ein typischer Fall von chronischem Scrofuloderma und verlief unter dem Bilde der allgemeinen Tuberkulose. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man aber keine Tuberkelbacillen, dafür aber sonderbare Körper, die Hefezellen ähnelten.

III. **Vergleichung der zwei Varietäten von Protozoen und Blastomyceten, die in den mitgeteilten Fällen gefunden wurden, mit den sogenannten Parasiten, die bei verschiedenen Hautkrankheiten gefunden wurden** (Psorospermosis vegetans, Carcinom, Herpes zoster, Molluscum contagiosum, Varicellen), von Gilchrist. Die angeblichen Protozoen bei diesen sämtlichen Erkrankungen sind nach Gilchrist degenerierte Epithelzellen.

IV. **Zwei Fälle von Molluscum fibrosum** (eines bei einem Neger), von Gilchrist. Der erste Fall betraf eine sonst gesunde Patientin, welche zahlreiche Tumoren von Nadelknopf- bis Taubeneigröfse besonders am Kopf und oberen Teil ihres Körpers hatte; die Tumoren bestehen, so lange sie denken kann, vereitern nicht, haben konische Form, feste Konsistenz und weifsliche Farbe und sind nicht schmerzhaft; im Gesicht zahlreiche Komedonen. Der zweite Fall betraf einen Vollblutneger, die Tumoren waren ganz ähnlich. Mikroskopisch bestanden sie aus weifsgelbem, festem, fibrösem Gewebe.

V. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis (Duhring), von Gilchrist. Die Erkrankung machte zwei Rückfälle in sechs Monaten, befiel hauptsächlich die Extremitäten und bestand aus roten Flecken und Bläschen bis zu Erbsengröfse, die in Gruppen standen. Verfasser konnte eine Stelle ausschneiden und giebt den mikroskopischen Befund. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Technik und praktische Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden, von Robert Kutner-Berlin. (August Hirschwald, Berlin. 1897.) In der vorliegenden Monographie finden wir eine erweiterte Darstellung der Asepsis, wie sie Verfasser an anderen Orten empfohlen. Zunächst bespricht derselbe die Infektionsquellen, den in der normalen Urethra vegetierenden Mikrobien legt er geringen Wert bei; jedenfalls lassen sie sich durch gründliche Spülung entfernen. Die „hämatogenen Infektionen" (Posner) vom Darm oder dem weiblichen Genitalapparat aus spielen sicher eine wenig bedeutende Rolle gegenüber den künstlichen, durch Instrumente bewirkten. Der ganze therapeutische Erfolg ist deshalb meistens abhängig von peinlicher Asepsis. Dieselbe mufs sich zunächst auf die Desinfektion der Umgebung der äufseren Harnröhrenmündung mittelst Sublimat (1 : 5000), Borwasser (4%), grüner Seife erstrecken. — Von den Sterilisierungsmitteln verwirft Verfasser die chemischen Lösungen, weil sie, in genügender Weise angewendet, die Instrumente verderben; auch für metallene sind sie ungeeignet. — Von den dampfförmigen Desinficientien sind schweflige Säure, Quecksilberdämpfe unbrauchbar; aber auch das vielgepriesene Formalin ist nicht zu empfehlen, denn die Desinfektion erfordert 24—28 Stunden, und der längere Aufenthalt in Formalindämpfen schädigt die Instrumente. Auch die Sicherheit der Desinfektion durch Formalin bedarf noch einer skeptischen Betrachtung. Die trockene Hitze ist unbrauchbar, das Auskochen für Metallinstrumente verwendbar, wobei aber Sodazusatz zu vermeiden ist. Für alle Instrumente geeignet ist der Wasserdampf, der sicher, schnell und schonend sterilisiert. — Im nächsten Abschnitt schildert Verfasser genau die Technik der Asepsis. Zur Sterilisation der elastischen Katheter empfiehlt er seinen Apparat in der neuesten Modifikation, in gröfserer Form für den Arzt, in kleinerer für den Patienten geeignet. Derselbe gestattet eine sichere, schnelle, schonende Desinfektion bei gröfster Einfachheit. Zum Auskochen der Metallinstrumente wird vom Verfasser ein weiterer Apparat angegeben. Es kommt dann die Schilderung einer sterilisierbaren Handdruckspritze, die leider für die so häufig gebrauchten Lösungen Argentum nitricum und Sublimat nicht verwendbar ist, und eines sterilisierbaren Irrigators. — Zum Schlüpfrigmachen der Instumente wird

Acid. boric. pur. 9,0,
Glycerin. pur. 62,5,
Aq. destill. ad 75,0

empfohlen. Steriles Olivenöl macht etwas schlüpfriger, läfst sich aber schwerer entfernen. Man gieſst das Borglycerin resp. das Olivenöl aus einer aseptischen Ausguſs-

flasche, die in jeder Weise die Sterilität der Mittel garantiert. — Nachdem Verfasser dann noch eine Übersicht über die Reihenfolge der vor jeder Anwendung von Instrumenten nötigen Proceduren gegeben, beleuchtet er im letzten Abschnitt die praktische Bedeutung der Asepsis für die Behandlung der Erkrankungen der Harnwege. Hier sei nur noch hervorgehoben, dafs er gegen den Ureterenkatheterismus Bedenken äufsert, weil das dazu angewendete Instrument eine wahre Asepsis nicht gestattet. Jedenfalls soll er auf das äufserste eingeschränkt werden. — Zweifellos ist es ein Verdienst des Verfassers, wenn er die Asepsis in der Urologie auf jede Weise zu fördern bestrebt ist. Dennoch kann wohl niemand in Abrede stellen, dafs alle diese Proceduren umständlicher sind als sie für den Praktiker sein müssen. Eine Vereinfachung ist da wohl durchaus notwendig. Wenn Verfasser sagt, dafs die Handhabung der Vorschriften einfacher ist, als es nach der Lektüre scheinen mag, so ist das gerne zuzugeben. Wenn er aber gleich hinzufügt, dafs man bei der nötigen Übung nicht mehr Zeit für die aseptische Ausführung des Katheterismus braucht als ohne Beachtung seiner aseptischen Vorschriften, so ist das wohl eine kleine Übertreibung. Hoffen wir, dafs die Methoden noch sich werden vereinfachen lassen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Cystoskopie, von Leopold Casper. (S.-A. aus der *Real-Encykl. d. ges. Heilkde.*) Auf einleitende historische Bemerkungen folgt eine genaue Beschreibung der verschiedenen in Gebrauch befindlichen Cystoskope. Die Darstellung der Technik führt dann zu den Bildern, welche die normale und erkrankte Blase bietet: Entzündungsprozesse, Ulcerationen, Tumoren, Steine, Fremdkörper, gewisse Nierenaffektionen. Die Ausführungen sind durch 20 Abbildungen illustriert, welche zum Teil der „Elektro-Cystoskopie" von Lewandowski und dem Oberländerschen Handbuch entlehnt sind.

H. Einhorn-München.

Ein neues Cystoskop demonstrierte Guyon in der Académie de Médecine in Paris. Dasselbe ist eine Erfindung von Albarran und gestattet, obwohl von kleinerem Kaliber als alle bisherigen, einen leichten und methodischen Katheterismus der Ureteren. Das Gesichtsfeld ist sehr weit und hell. Der Teil des Apparates, welcher den Ureterkatheter trägt, hat ein bewegliches Ende und läfst sich nach allen Richtungen drehen. Bei der Untersuchung sieht man gleichzeitig die Ureterenöffnung und die Spitze des Katheters. Das Albarransche Cystoskop wird von Colin in Paris fabriziert. (*Presse médicale.* 1897. No. 30.) *C. Müller-Genf.*

Über Hermaphroditismus spricht Menke in der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung den 13. Januar 1897. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1897. No. 6.) Ein 5 Wochen altes Kind zeigte bei der Obduktion folgende Veränderungen: Es bestand ein penisartiges Gebilde, ähnlich einem Penis mit Hypospadie; sonst zeigen die Genitalien äufserlich weiblichen Charakter. Situs inversus der Beckenorgane, sehr lange Scheide; in der rechten Schamlippe ein aus Fett bestehendes hodenartiges Gebilde; sonderbar gebautes Becken. Uterus verlagert, Blase vergröfsert. — Es handelt sich hier also um einen Hermaphroditismus verus, wie er sehr selten gefunden wird. Es scheint zweckmäfsig, solche Zwitter als Mädchen eintragen zu lassen, da sie sonst mit Rücksicht darauf, dafs sie im Sitzen urinieren müssen, in der Schule viel zu leiden haben. — Verfasser erörtert die juristischen Fragen bezüglich der Heirat der Zwitter und betont, dafs intra vitam die Bestimmung des Geschlechtes der Zwitter sehr schwer, ja unmöglich ist. Nur wo man Sperma nachweisen kann, ist es sicher, dafs es sich um einen männlichen Zwitter handelt. Alle anderen Kennzeichen sind trügerisch.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Als Folgezustände eines zu kurzen Frenulum praeputii hat LOUMEAU neben erschwertem Coitus (Krümmung des Penis, zerrende Schmerzen), Einreifsen des Bändchens und dadurch vermehrte Gefahr einer Infektion, Sekretstagnation etc., reflektorische nervöse Störungen in Form eines Spasmus der Urethra beobachtet, welche nach einem operativen Eingriffe (Incision mittelst Schere oder Bistouri) sofort schwanden. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux.* 1897. No. 38.)

C. Müller-Genf.

Zufällige Verätzung des Penis, von GARDNER ALLEN. (Nach *Ann. des mal. des org. génito-urin.* 1897. No. 5.) Eine Frau, welche die Konzeption vermeiden wollte, spritzte sich unmittelbar vor dem Coitus pure Karbolsäure ein: der nicht unterrichtete Mann fühlt während und nach dem Akte etliche Stiche, giebt aber nicht weiter Acht und schläft ein. Morgens erwacht er mit einer enormen Anschwellung an der Vorhaut und Eichel und zwei ausgedehnten Phlyktänen über der letzteren. Ob die Frau durch die Karbolsäure ähnliche Zufälle erfahren, ist nicht bemerkt.

Neuhaus-München.

Einen eingeklemmten Harnröhrenstein fand KUTNER (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1897. No. 23) bei einem 13jährigen Knaben, der seit 7 Jahren an Harnbeschwerden litt, unmittelbar vor dem Sinus bulbi. Dieser Sitz ist selten; meistens sind die Steine zu finden am Übergang der Pars prostatica zur Pars membranacea oder vor der Fossa navicularis. Der Stein wurde mit einer MATHIEUschen Zange, die lithotryptorähnliche Branchen hatte, zertrümmert; die Stücke wurden teils mit der Zange, teils durch Spülungen entfernt. Eine tags darauf sich einstellende Retentio urinae beruhte auf einer Schwellung der Schleimhaut dicht hinter dem Orificium externum. Ein weicher Katheter beseitigte die Retention. Heilung. — J. ISRAEL hat Bedenken gegen die angewandte Methode. Die Urethrotomia externa ist viel ungefährlicher. Verletzungen der Urethralschleimhaut durch Fragmente des zertrümmerten Steines können Fieber, selbst Pyämie bedingen. Die Furcht vor einer Striktur als Folge der Urethrotomie ist unberechtigt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Urethrotomia externa bei einem Kinde nebst anderen Fällen, von F. C. HAMMOND. (*Med. News.* 28. November 1896.) Bei einem 6jährigen Knaben, welcher seit 36 Stunden an Urinretention litt, wurde das Vorhandensein eines Konkrements in der Pars membranacea konstatiert. Es wurde an der Grenze zwischen Scrotum und Urethra incidiert, der Stein nach einiger Mühe ausgelöst und ein Verweilkatheter eingelegt. Verschluſs der Wunde mit drei Seidennähten. Heilung per primam. Die anderen Fälle haben kein spezielles Interesse. *Philippi-Remscheid.*

Einklemmung eines Harnsteins in der Urethra bei einem kleinen Mädchen. (*Dietzkaia Meditzina.* 1897. No. 1.) Ein 12jähriges Kind hatte seit seinem dritten Altersjahre an Harnbeschwerden gelitten: abwechselnde Inkontinenz und Retention, Schmerzen beim Urinieren, Gries im Harn. In der letzten Zeit hatten diese Beschwerden noch zugenommen und die Inkontinenz war eine kontinuierliche geworden. Bei der Untersuchung der dilatierten Urethramündung fand man einen in derselben stehenden 12,0 schweren, 6 mm dicken und 5 cm langen Phosphatstein, der sich leicht extrahieren ließs. (*Presse méd.* 1897. No. 44.) *C. Müller-Genf.*

Über die vermeintlichen Tysonschen Drüsen, von HANS SPRUNCK. (Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr. 1897.) Verfasser forschte nach der Existenz der TYSONschen Drüsen zunächst an Lebenden. Er fand an der Corona glandis fast stets viele Papillen, aber niemals Drüsen; ebensowenig an dem inneren Blatt des Präputiums. — Mikroskopisch stellte er dann fest, daſs zwischen den Papillen der Corona glandis,

welche ähnlich den Zungenpapillen, verschieden grofs, ihrerseits eine papilläre Oberfläche besitzen, muldenförmige Einsenkungen, Rinnen vorhanden sind, die möglicherweise fälschlich als Drüsen aufgefafst sind. Von solchen ist aber keine Rede. — Daran schliefst der Verfasser einen historischen Überblick über die Tysonschen Drüsen. Er kommt zu dem Schlusse: 1. Weder an der Glans, noch an der Innenfläche des Präputiums giebt es Talgdrüsen. 2. Ein Teil der Autoren (Littré nachfolgend) hat die Coronarpapillen der Glans für Drüsen gehalten. 3. Ein anderer Teil der Autoren hat, nachdem die papilläre Natur der vermeintlichen Drüsen erkannt war, die Epidermiseinsenkungen zwischen den Papillen (Fingers Krypten) für Talgdrüsen gehalten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Guyon macht auf die **günstige Beeinflussung der Harnröhrenschleimhaut durch den Katheterismus** aufmerksam, wenn derselbe kunstgerecht, d. h. aseptisch und ohne Gewaltanwendung ausgeführt wird. Derselbe vermag nämlich nicht allein die physiologische oder pathologische Sensibilität und Sekretion der Urethra zu modifizieren, sondern auch tief auf pathologische Produkte einzuwirken, welche die physikalischen Eigenschaften ihrer Wandung verändern und ihren Durchmesser verengern. Die bessere Wirkung tritt nicht etwa ausschliefslich unter dem Einflusse der Dilatation ein, sondern infolge des blofsen Kontaktes des Instrumentes, welcher organische zur Neubildung des pathologischen Gewebes notwendige Prozesse einleitet. (*Presse méd.* 1897. No. 4.) *C. Müller-Genf.*

Bazy erwähnt einen **Fall von traumatischer Striktur der Pars membranacea,** die sich erst 40 Jahre nach dem Trauma (Beckenfraktur) ausbildete. Urethrotomia interna; Heilung. (*Presse méd.* 1897. No. 18.) *C. Müller-Genf.*

Die therapeutische Verwertung der Elektrolyse, insbesondere bei Strikturen der Harnröhre, von Eduard Lang. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 7.) Nach einer kurzen Einleitung über die physikalischen Vorgänge bei der Einwirkung der Elektrolyse schildert Verfasser die Applikationsweise der letzteren. Meistens benutzt er die unipolare Anordnung des Stromes mit der Kathode als differentem Pol. Die Indikation ist besonders da gegeben, wo man ohne kosmetischen Schaden Verödungen vornehmen will. Dazu dienen schwache Ströme bei kürzerer Anwendungsdauer. Ein instruktives Beispiel ist die elektrolytische Depilation, die Verfasser schildert. Ob dieselbe durch die Einwirkung der X-Strahlen sich wird ersetzen lassen, ist abzuwarten. Es scheint aber, als ob diese nur die feinen Härchen beseitigen, welche am wenigsten stören. — Noch instruktiver ist die elektrolytische Behandlung der Acne rosacea, wobei die Nadel parallel der Oberfläche längs des Gefäfses eingestochen wird. — Ausgedehnte Erfahrungen hat Verfasser mit der elektrolytischen Behandlung der Urethralstrikturen. Er braucht dazu ein Leitbougie, eine Strikturenelektrode und eine Leitbougieklemme. Die Stromstärke braucht nur wenige M. A. zu betragen. Es gelingt durch dieses Verfahren, Strikturen, die nur für 5 oder 6 Charrière durchgängig sind, in einigen Minuten auf 21 Charrière zu bringen. Es findet dabei keine Gewebsmortifikation, sondern nur eine Dekomposition statt. — Die Strikturenelektrode mufs stets in der Richtung der Harnröhre gegen die Striktur gedrückt werden; man erkennt das Abweichen von der Richtung daran, dafs die Leitbougie nur schwer hin und her geschoben werden kann. Die Elektrode mufs allmählich vorgeschoben werden, da die Heilung sich nur auf die allernächste Umgebung geltend macht, bis die Striktur passiert ist. — Je nach dem Sitze verwendet man eine grade oder eine gekrümmte Strikturenelektrode. — — Die Elektrolyse ist auch bestimmt, die Urethrotomia interna zu ersetzen. Sie erweitert die Urethra

in der ganzen Cirkumferenz, sie bringt keine Infektionsgefahr mit sich, da sie auch pathogene Keime vernichtet. — Eine Bedingung für ihre Anwendung ist die Permeabilität für eine Leitbougie (5 oder 6). Eine absolute Impermeabilität ist aber sehr selten und fast nur vorübergehend. Wenn man die Blase mit feinstem Troicart punktiert, dann pflegt sich etwas Durchgängigkeit wieder einzustellen, die die Einführung einer Leitbougie gestattet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dilatationsverweilkatheter mit zurückziehbarer Leitsonde, von Eugen Voswinkel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 14.) Die Verweilkatheter mit Leitsonde haben den Nachteil, dafs die letztere in der Blase aufgerollt liegen bleibt, sich aufrollt, verschlingt und die Blasenwand reizt. Verfasser empfiehlt deshalb zu gleichem Zweck einen Katheter mit zwei Mandrins und einer elastischen Leitsonde. Der erstere hat aufser zwei seitlichen Öffnungen eine solche an der Spitze, deren Ränder durch feine seitliche Einschnitte etwas federn. Ist die Striktur von der Leitsonde passiert, so schraubt man an das äufsere Ende der Leitsonde, das mit einem Gewinde versehen ist, das in dem Katheter befindliche Mandrin und führt den Katheter der Leitsonde nach durch die Striktur. Die Verschraubungsstelle des Mandrins mit der Leitsonde liegt daher in dem federnden Ende des Katheters. Ist der Katheter durch die strikturierte Stelle hindurch, dann werden Mandrin und Leitsonde entfernt. Um die Blase vor Verletzung durch die scharfen Ränder der vorderen Öffnung zu schützen, wird dann ein anderes Mandrin mit abgerundetem Knopf durch den Katheter geschoben, der die Öffnung genau verschliefst. Der Katheter enthält am Abflufsende einen Hahn. Nach 48stündiger Liegezeit kann er durch einen elastischen Katheter ersetzt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Letaler Ausgang nach Sondierung der verengten Harnröhre, von O. Zuckerkandl. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 45.) Der 34jährige Patient konsultierte Verfasser vor 2 Jahren wegen Harnbeschwerden. Die Untersuchung ergab eine Striktur im membranösen Teile der Urethra. Auf Behandlung (von 15—20 Ch.) gingen die Erscheinungen zurück. Nach 2 Jahren suchte Patient Verfasser wieder mit denselben Beschwerden auf. Während dieser Zeit wurde auch anderweitig sondiert, er selbst führte sich Sonden ein. Der Harn trug nun die Zeichen des eitrigen Katarrhs, an der Stelle der Striktur waren mehrere falsche Wege, die in der Pars cavernosa verliefen, und nur nach längeren Versuchen konnte er 12 Ch. Sonde einführen. Kurze Zeit nach der Sondierung traten bei dem Kranken Übelkeiten, Schüttelfrost und profuse Diarrhoen auf, ein kollapsähnlicher Zustand. Von Seite des Harnapparates waren keine besonderen Veränderungen zu konstatieren. Dieser kollapsähnliche Zustand liefs trotz aller Mittel nicht nach und Patient verschied in sechs Stunden nach der Sondierung. — Die Sektion ergab eine nur für eine dünne Knopfsonde passierbare Striktur im bulbösen Teile, zahlreiche falsche Wege in der Pars cavernosa, der eine mündete sogar in der Pars prostatica. Das Gutachten sprach sich dahin aus, dafs in dem Falle der Tod durch Herzlähmung infolge fettiger Umwachsung und fettiger Degeneration des Herzmuskels eintrat. Verfasser führt den letalen Ausgang auf die bestehenden organischen Veränderungen des Herzmuskels zurück, der dem ersten Anprall der schweren Infektion keinen Widerstand leisten konnte. Die Infektion und das Harnfieber führt er auch auf das Bacterium coli, als deren wahrscheinlichen Erreger, zurück. *A. Aschner-Budapest.*

Enormes Fibrom des Hodensackes, von Gauthier. (Nach *Ann. d. mal. d. org. génito-urin.* 1897. No. 5.) Gauthier zeigte in Lyon ein von Nové-Josserand entferntes Fibrolipom des Hodensackes vor, welches dem Träger, einem 70jährigen Manne, so schwere Belästigungen bereitet hatte, dafs er es mit beiden Händen tragen

mußte. Die Geschwulst war ursprünglich in der Gegend des linken Leistenringes erschienen und nach und nach in den Hodensack herabgestiegen. Nach der Operation (Kastration) ergab sich für den Tumor ein Gewicht von 6½ kg. Nur zweimal sind größere derartige Geschwülste entfernt worden, eine von Wilms operierte wog 30 Pfund, eine andere 15 Pfund. — Das Fibrom saß linkerseits, was nach Reclus ziemlich häufig der Fall sein soll. Die Folgen der Operation waren einfache und gute.

Neuhaus-München.

Beitrag zum Studium der Vesico-Umbilikalfistel, von Trogneux. (Dissert. Paris 1897.) Nach T. kommen dieselben gar nicht so selten vor. Sie bestehen bereits bei der Geburt oder zeigen sich erst viel später. Öfters sind sind sie mit Nabelhernien kompliziert; auch wurden gleichzeitig beobachtet: Hypospadias, Imperforation des Präputiums und der Urethra, Fehlen dieser letzteren etc. Bei den nicht kongenitalen Fisteln, wo diese erst in späteren Jahren auftreten, bildet sich meist nach einem Trauma ein fluktuierender Tumor in der Nabelgegend, nach dessen spontaner oder künstlicher Eröffnung die Fistel entsteht. Beide Arten sind die Folge eines Offenbleibens des Urachus. *C. Müller-Genf.*

Ein Blasenphonendoskop, von Heard. (*The Brit. med. Journ.* 28. Nov. 1896.) Der Apparat, von der Firma Mayer & Meltzer in London angefertigt, dient dazu, nach Steinoperationen sich zu vergewissern, ob noch irgendwelche kleine Steinfragmente in der Blase zurückgeblieben seien. Besonders nützlich erweist er sich nach Ausführung der Litholapaxie. Der Apparat besteht aus einer gewöhnlichen Sonde, von deren Griffende beiderseits nach den Ohren des Untersuchers Gummischläuche, wie beim Phonendoskop, ausgehen und die leisesten durch Steinfragmente hervorgerufenen Geräusche zum Beobachter hinleiten. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Lymphgefäße der Blase, von Gerota. (Nach *Ann. d. mal. d. org. génito-urin.* 1897. No. 1.) Die Lymphstränge, welche sich zur Blase begeben, müssen in zwei Kategorien geteilt werden: in diejenigen der Schleimhaut und in die der Muscularis. Die Lymphgefäße der Schleimhaut sind hauptsächlich im Trigonum entwickelt, aber der Verfasser konnte auch an einer der Seitenwände ein sehr reiches Netz von Lymphgefäßen injizieren. — Diejenigen Lymphgefäße, welche mit denen der Harnröhre kommunizieren, begeben sich zu den Drüsen der seitlichen Wand des Beckens. Die Lymphgefäße der Muscularis nehmen ihren Ursprung in den oberflächlichsten Lagen dieser Haut mit sehr zarten Netzen, welche sich zu Stämmen vereinigen, die den Seiten der Blase folgen, wobei sie die Nabelarterien kreuzen. Auch giebt es vor der Symphyse vordere Blasenlymphdrüsen. Die abführenden Stämme der seitlichen und vorderen Blasenlymphdrüsen münden an den seitlichen Beckenwandungen in einer Drüse ein, welche unterhalb der Arteria iliaca externa liegt, oder vielmehr in einer Drüse, welche unter dem Hauptteilungspunkt der Arteria hypogastrica sich befindet. *Neuhaus-München.*

Über Leukoplakia vesicae, von Brick. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 36 u. 37.) Verfasser hatte Gelegenheit, vier Fälle von Leukoplakie der Blasenwandung zu beobachten, deren Krankengeschichten er ausführlich mitteilt. Bei dem 1., 2. und 4. Falle war die blennorrhoische Cystitis das ätiologische Moment. Die Leukoplakia vesicae ist durch die Cystoskopie und mikroskopische Untersuchung bestimmt zu diagnostizieren, aber erst in den späteren Stadien. Das cystoskopische Bild ist leicht zu verwechseln mit Schleimflocken, Narben, Ulcerationen und Neubildungen. Unter dem Mikroskope sieht man eine Unmenge von Epithelialgebilden, die aber so verändert sind, daß der Kern nicht deutlich erscheint und keine Färbung annimmt. Diese ver-

hornten Zellen sind eben für die Leukoplakie charakteristisch. Den Satz Ultzmanns, dafs wenn im Verlaufe einer chronischen Entzündung der Blase mit Blutung konstant in grofser Menge epitheliale Zellen im Harnsediment gefunden werden, die Wahrscheinlichkeit eines Neoplasmas der Blase eine grofse ist, weil bei keiner anderen chronischen Erkrankung der Blase Epithelzellen in so grofser Menge im Harnsedimente vorkommen, möchte er mit dem Zusatz „nicht verhornter" Epithelien ergänzt wissen. Die Prognose der ausgebildeten Leukoplakie ist bisher eine ungünstige. Was die Therapie anbelangt, hat dieselbe keinen grofsen Erfolg. Was zu erreichen ist, das ist eine Verminderung der Eiterung durch Blasenspülungen mit Argentum nitricum und Borsäure, dafs blofs die Desquamation zurückbleibt. *A. Aschner-Budapest.*

Über lokales circumscriptes Amyloid in der Harnblase, von P. Solomin. (*Prag. med. Wochenschr.* 1897. No. 1 u. 2.) Unter lokalem Amyloid versteht man begrenzte amyloide Affektion irgend eines Teiles eines Organes bei völliger Intaktheit der übrigen Teile dieses Organes wie aller übrigen Organe, eine ziemlich eng begrenzte Definition. Ein lokales Amyloid der Harnblase ist noch nicht beschrieben. Eine 73jährige Frau ging an Emphysema pulmonum, Endocarditis, Morbus Brightii zu Grunde. Die kleine Harnblase zeigte ein oberflächlich exulceriertes, handtellergrofses, flaches, derbes Infiltrat, welches die ganze hintere, fast die ganze rechte, zum Teil die linke Seitenwand der Blase einnahm, nahezu das Trigonum Lieutaudii umfafste. Auf dem Durchschnitt war die erkrankte Stelle wachsartig glänzend, halb durchsichtig. Das Infiltrat durchsetzte die Submucosa, reichte in die Mucosa und Muscularis hinein. Die mikroskopische Untersuchung ergab neben entzündlicher Infiltration, Hämorrhagien eine reichliche Einlagerung von Amyloidsubstanz. Die genaueren histologischen Befunde wiederzugeben, würde zu weit führen. — Der Fall hat abgesehen von der Seltenheit noch insofern Interesse, als er zeigt, dafs Amyloid sich auf entzündlicher Basis entwickeln kann. Es bestand eine Cystitis, die in der Nähe des Infiltrats am ausgesprochensten war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blasendivertikel. Rafin demonstrierte in der Gesellschaft der medizinischen Wissenschaften in Lyon die Blase eines 74jährigen Mannes, der an einer Harnröhrenstriktur gelitten hatte. Man konstatierte an der inneren Fläche derselben aufser mehreren Ekchymosen, einer kleinen Narbe und verschiedenen kleinen Divertikeln eine starke Ausbuchtung von der Ausdehnung der eigentlichen Blase. Dieselbe lag links vorn, kommunizierte mit dieser letzteren durch eine 5 Pfennigstück grofse Öffnung, ist auf der inneren Fläche stark kongestioniert, von etwas unregelmäfsiger Form und sieht auf den ersten Blick aus wie eine Hämatocele vaginalis. Die Dicke der Wandung beträgt 5—6 mm. Diese Dilatation war intra vitam nicht diagnostiziert worden. R. weifs nicht, ob es sich um eine kongenitale Mifsbildung handelt oder ob sich die Ausbuchtung aus einem Divertikel unter dem Einflusse der langjährigen Harnbeschwerden entwickelt hat. *C. Müller-Genf.*

Die Totalexstirpation der Blase wegen eines diffusen Tumors (Alveolärepitheliom) machte Tuffier bei einem 40jährigen Manne mit günstigem Erfolge, insofern als der Patient zwei Monate nach der Operation mit Benutzung eines Apparates zum Auffangen des Harns seinen Beschäftigungen nachgehen konnte. Der Versuch, die Ureteren in den Mastdarm einmünden zu lassen, mifslang und mufste durch die permanente Katheterisation ersetzt werden. (*Presse méd. belge.* 1897. No. 3.)
C. Müller-Genf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 11. 1. Dezember 1897.

Über Ichthyol.

Von

P. G. Unna.

(Vortrag, gehalten in der dermatologischen Sektion der Naturforscherversammlung zu Braunschweig.)

Als Baumann und Schotten[1] im Jahre 1883 zum ersten Male eine Elementaranalyse des Ichthyols (ichthyolsulfonsauren Natriums) ausführten, ergaben sich Mittelwerte, welche so genau mit der Formel $C_{38}H_{36}S_3Na_2O_6$ übereinstimmten, dafs die Zusammensetzung des Ichthyols damals aufgeklärt zu sein schien. Allerdings bemerkten diese Forscher, dafs trotz der genauen Übereinstimmung der gefundenen und berechneten Werte die Möglichkeit nicht ausgeschlossen sei, dafs im Ichthyol ein Gemenge mehrerer Salze vorliege, in denen das Verhältnis von Schwefel, Sauerstoff und Natrium übereinstimme.

Es haben nun aber Untersuchungen des Chemikers der Ichthyolgesellschaft, Herrn Dr. Helmers, welche schon in das Jahr 1890 zurückreichen, ergeben, dafs trotz jener Übereinstimmung das Ichthyol des Handels ein kompliziert zusammengesetzter Körper ist, dessen Komponenten unter einander weiter verschieden sind, als man nach der Arbeit von Baumann und Schotten erwarten konnte.

Herr Dr. Helmers wird über das bisher erreichte Resultat seiner Untersuchungen an anderer Stelle berichten. Ich will hier nur soviel von denselben mitteilen, als mir für die rationelle therapeutische Anwendung des Ichthyols wichtig zu sein scheint.

Es haben sich bis jetzt drei verschiedene Körper von bestimmten physikalischen und chemischen Eigenschaften aus dem Ichthyol isolieren lassen. Dieselben werden durch geeignete Lösungsmittel aus demselben ausgezogen und ergeben zusammen wieder eine Masse von allen Eigenschaften des Ichthyols. Und doch ist das Ichthyol nicht ein blofses Ge-

[1] Baumann und Schotten, Über das Ichthyol. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. II. S. 257. 1883.

menge dieser drei Körper, wie sich schon daraus ergiebt, dafs zwei derselben in Wasser völlig unlöslich sind, während ja bekanntlich das Ichthyol sich durch seine leichte Löslichkeit in Wasser auszeichnet. Diese anscheinend paradoxe Erscheinung erklärt sich daraus, dafs der erste und wichtigste Bestandteil des Ichthyols, welcher auch dem Gewichte nach die Hauptmasse desselben darstellt, die Ichthyolsulfonsäure, die eigentümliche Eigenschaft besitzt, den zweiten Bestandteil, welcher in Wasser vollkommen unlöslich ist und — da er den Sulfonen sich nähert — als Ichthyolsulfon bezeichnet werden mag, wasserlöslich zu machen.[1] Dieses Sulfon aber hat seinerseits wieder die Fähigkeit, den dritten Körper, welcher den gewöhnlichen Lösungsmitteln gegenüber sich sehr refraktär verhält, zu lösen und vermittelst seiner Löslichkeit in der Sulfonsäure ebenfalls in die klare wässrige Lösung überzuführen. Die drei Bestandteile einer solchen Ichthyollösung sind also nicht einfach gemischt, sondern halten sich gegenseitig in Lösung; sie sind gleichsam ineinander geschachtelt.

Die Ichthyolsulfonsäure stellt, getrocknet, eine grünschwarze, pulverisierbare Masse dar, die sich in Wasser mit saurer Reaktion löst und den charakteristischen Geruch des Ichthyols in noch verschärfter Weise besitzt. Dieselbe ist auch in Alkohol löslich und läfst sich von den beiden anderen Bestandteilen einfach dadurch trennen, dafs man das Ichthyol mit absolutem Alkohol behandelt. Die dann zurückbleibende Masse läfst sich wieder durch Petroläther in das Sulfon und den schwerlöslichen Rest scheiden. Aus der Petrolätherlösung dargestellt, bildet das Sulfon ein dunkelbraunes, dickflüssiges Öl von wesentlich anderem, mehr aromatischem Geruche wie die Sulfonsäure. Wenn nicht wenige Personen den Geruch des Ichthyols als angenehm, aromatisch, erfrischend bezeichnen, so vermute ich, dafs dieselben eine besondere Receptivität für das Sulfon besitzen. Dasselbe ist auch in Äther, Chloroform, Benzol und Schwefelkohlenstoff, dagegen nur äufserst wenig in absolutem Alkohol, gar nicht in verdünntem Alkohol und in Wasser löslich, aufser bei Zusatz der Ichthyolsulfonsäure. Der nach Extraktion mit Petroläther zurückbleibende Rest ist eine braunschwarze, leicht pulverisierbare, auch beim Erhitzen auf 100° nicht schmelzbare Masse, welche nur in Chloroform, Benzol und Schwefelkohlenstoff löslich ist.

Ein medizinisches Interesse haben bis jetzt nur die Ichthyolsulfonsäure und das Ichthyolsulfon. Ich verdanke es dem Entgegenkommen der Ichthyolgesellschaft, dafs ich beide Substanzen in möglichst reinem Zustande auf der Haut zur Vergleichung bringen konnte. Derartige Ver-

[1] Herr Dr. Helmers hat gefunden, dafs die Ichthyolsulfonsäure auch andere ölartige Körper, Phenole und ätherische Öle wasserlöslich machen kann, und die Ichthyolgesellschaft hat deshalb diese Säure für sich unter dem Namen Anytin in den Handel gebracht.

suche habe ich bereits im Jahre 1890 angestellt; aber in diesem Jahre habe ich dieselben noch einmal mit demselben Erfolge wiederholt. Die hierzu verwendeten Salben enthielten 10% der zu prüfenden Substanz neben 20% Wasser, 30% Wollfett und 40% Vaseline.

Das Versuchsmaterial ist leider beim Ichthyol etwas schwieriger zu beschaffen, als bei den entsprechenden Versuchen mit Pyrogallol und Chrysarobin, da die Wirkung des Ichthyols auf die für dasselbe adäquaten Hautkrankheiten nicht so schlagend ist und langsamer deutlich wird als bei jenen stark wirkenden Medikamenten. Die einzige Dermatose, bei welcher die Anwendung des Ichthyols zu einem rapiden Schwund aller Symptome führt, das Erysipel, stand mir letzthin nicht zu solchen Versuchen zu Gebote. Es wäre mithin eine dankbare Aufgabe, diese Lücke auszufüllen und die Wirkung der Sulfonsäure und des Sulfons auf das Streptokokkenerythem vergleichend zu studieren.

Es blieben mir daher zum Vergleiche nur leichte Ekzeme, Stauungserytheme verschiedener Art und hauptsächlich die seborrhoische Rosacea übrig, d. h. solche Affektionen, bei denen erfahrungsgemäfs Ichthyol ganz allein eine Heilung bewirken kann, und zwar unter rascher Veränderung der Symptome in verhältnismäfsig kurzer Zeit. Unter diesen konnten nur solche Fälle in Frage kommen, in denen die Hautaffektion symmetrisch und an den symmetrischen Hautstellen ziemlich gleich stark ausgebildet war. Vermöge dieser Auswahl wurden die beweisenden Fälle auf nur wenige reduziert, aber diese liefsen den Hauptunterschied der beiden Substanzen sofort und in allen Fällen in gleicher Weise erkennen. Ich kann denselben daher ganz summarisch kennzeichnen.

Auf der mit der Sulfonsäure behandelten Körperseite war die Haut schon nach 24 Stunden gebräunt mit besonders dunkler Bräunung an erodierten Stellen (bei den Ekzemen). Sodann bildete sich, an den folgenden Tagen immer stärker hervortretend, eine gebräunte, trockene, wie gegerbte, aus abgestorbener Hornschicht bestehende Decke aus, die sich allmählich mit Hinterlassung einer normal gefärbten und relativ oder ganz gesunden Oberhaut abblätterte. Es kam also in allen Fällen unter dem Einflusse einer 10%igen Sulfonsäuresalbe zu einer regelrechten, wenn auch sehr feinen Abschälung der Oberhaut, ein Vorgang, der bei Anwendung starker Ichthyolsalben immer schon beobachtet wurde, hier aber schon bei einer verhältnismäfsig schwachen Procentuierung sehr auffallend hervortrat.

Die symmetrisch liegenden Hautstellen wurden unter dem Einflusse einer 10%igen Sulfonsalbe in keiner Weise „gegerbt" und geschält, selbst dort nicht, wo dieselben erodiert waren (beim Ekzem) oder wo eine sehr starke Einwirkung unter impermeablen Verbänden stattfand. Demgemäfs waren auch die geringen unangenehmen subjektiven Empfindungen, die

bei der Behandlung von erodierten Hautstellen mit der Sulfonsäure hin und wieder auftraten, hier nicht vorhanden. Dennoch fehlte auch hier keineswegs jeder Heileffekt. Die Erytheme blafsten unter dem Gebrauch der Sulfonsalbe ab; leichte Ekzeme heilten, wenn auch langsam ab.

Nach diesen durchaus konstanten Erfahrungen kann man die Hauptdifferenz in der Wirkung der Sulfonsäure und des Sulfons dahin präzisieren, dafs nur der ersteren eine häutchenbildende und gelinde schälende Wirkung auf die Oberhaut zukommt, während ein anämisierender, entzündungswidriger, „reduzierender" Effekt beiden Sustanzen zukommt. Das Ichthyol des Handels vereinigt mithin in sich Eigenschaften in geringem Grade, die wir von den Schälmitteln Resorcin und Salicylsäure einerseits, von dem anämisierenden Chrysarobin andererseits in einseitig ausgesprochenem höheren Grade kennen und verwerten. Zweifellos ist die häutchenbildende Eigenschaft der Sulfonsäure in dem Ichthyol des Handels durch die Gegenwart des in dieser Beziehung inaktiven Sulfons (und des dritten Körpers) und die Bindung der Säure an Ammoniak oder Natron erheblich gemildert.

Ob es sich empfehlen wird, in Zukunft für bestimmte einzelne Indikationen, so für die Rosacea des Gesichtes bei empfindlichen Individuen, das Ichthyolsulfon gesondert in den Handel zu bringen, müssen weitere Erfahrungen lehren. Dieses hängt auch von dem äufserlichen Umstande ab, ob die Herstellung der reinen Substanzen mit grofsen Kosten verknüpft ist und das Produkt erheblich verteuern wird. Zunächst hat die differente Wirkung der einzelnen Bestandteile des Ichthyols ein mehr theoretisches als praktisches Interesse.

In jener Beziehung möchte ich noch auf zwei Punkte etwas näher eingehen. Ich habe die Wirkung der Sulfonsäure als eine im wesentlichen doppelte bezeichnet, als eine „häutchenbildende" und eine „reduzierende". Die erstere ist nur erklärlich, wenn man annimmt, dafs die Sulfonsäure sich mit den Eiweifssubstanzen der Oberhaut verbinden kann, ähnlich wie die Salicylsäure und das Resorcin und die Phenole überhaupt. Und in der That hat, wie Sie wissen, neuerdings Sack gefunden, dafs das Ichthyol sich teilweise an Albumin binden läfst, und hat darauf die Darstellung seines annähernd geruchlosen Ichthalbins gegründet. Er hat damit eine bemerkenswerte Thatsache aufgefunden und sehr zweckmäfsig verwertet, die Herrn Dr. Helmers und mir zufällig schon seit längerer Zeit bekannt war. Denn in dem Bemühen, einen rasch trocknenden wässrigen Ichthyolfirnis[3] herzustellen, kamen wir schliefslich auf den Zusatz einer Albuminlösung, die sich bewährte, und bemerkten dabei, dafs dieselbe die Ichthyollösung so sehr verdickte, dafs ein haltbarer Firnis

[3] Unna, Über Ichthyolfirnisse. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. XII. No. 2.

resultierte. Sowohl die pharmazeutischen Erfahrungen von Sack wie die oben angeführten klinischen Erfahrungen von mir sprechen dafür, dafs die Ichthyolsulfonsäure zu den Eiweifs fällenden und sich mit Eiweifs verbindenden Substanzen gehört. Diese Eigenschaft geht den übrigen Bestandteilen des Ichthyols, insbesondere dem Ichthyolsulfon vollkommen ab.

Ich sprach aber soeben auch von einer reduzierenden Eigenschaft sowohl der Ichthyolsulfonsäure wie des Ichthyolsulfons (in klinischem Sinne). Es ist bekannt, dafs diese in chemischem Sinne zuerst von mir nur theoretisch erschlossene Eigenschaft im Jahre 1886 von Baumann[4] bestätigt wurde, indem er fand, dafs das Ichthyol des Handels, damals höchst wahrscheinlich nur das Natronsalz, entschieden reduzierende Eigenschaften in chemischem Sinne besafs, und stand daher nicht an, das Ichthyol zu den reduzierenden Substanzen zu rechnen.

Neuerdings ist diese Eigenschaft des Ichthyols von Sack[5] und Vieth[6] als noch nicht sichergestellt angesehen worden, offenbar weil sie keine deutlichen Reduktionsphänomene mit dem Ichthyol erzielen konnten. Es erscheint mir deshalb von Wichtigkeit, an dieser Stelle einige Reduktionen vor Ihren Augen mit den Ichthyolpräparaten auszuführen. Ich bediene mich dabei der Ichthyolsulfonsäure (des Anytins), da es in Wasser löslich ist und die Hauptmasse des Ichthyols ausmacht, bemerke aber dabei, dafs das Gesamtichthyol genau dieselben Reaktionen giebt.

Eisenchlorid.[7]

Man vermischt eine 5%ige wässrige Anytinlösung mit einigen Tropfen chlorürfreier Eisenchloridlösung und einigen Tropfen Salzsäure, schüttelt und filtriert die Flüssigkeit von dem die Oxydationsprodukte des Ichthyols enthaltenden Niederschlage ab. Das Filtrat giebt mit Ferricyankalium sofort eine Fällung von Turnbulls Blau, als Beweis stattgehabter Reduktion des Eisenchlorids.

---

[4] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. V. 1886. pag. 544.
„Einige Versuche überzeugten mich alsbald, dafs das Ichthyol, wie Sie vermuten, „eine sehr leicht oxydierbare Substanz ist, welche auch kräftig reduzierend auf andere „Stoffe einwirkt. So wird z. B. Eisenchlorid momentan zu Eisenchlorür reduziert, „übermangansaures Kalium, alkalische Kupferlösung werden gleichfalls desoxydiert. Ob „diese Eigenschaft dem Schwefelgehalte des Präparates oder der Substanz als solcher „zuzuschreiben ist, kann man nicht direkt entscheiden, doch erscheint es mir sehr „plausibel, dafs der Schwefelgehalt dabei beteiligt ist."
(Briefliche Mitteilung an den Herausgeber.)

[5] Sack, Über weitere Erfahrungen mit Ichthalbin. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1897. Bd. 25. pag. 365.

[6] Nach brieflicher Mitteilung.

[7] Die folgenden Reaktionen sind wiederholt mit allen erdenklichen Kautelen von Herrn Dr. Runge (Schwanapotheke, Hamburg) angestellt und auch von mir mehrfach ausgeführt. Der Güte von Herrn Dr. Runge verdanke ich die technischen Einzelheiten.

Silbernitrat.

Man vermischt eine 5%ige wässrige Anytinlösung mit einigen Tropfen einer ammoniakalischen Silbernitratlösung, die durch Fällung einer Höllensteinlösung mit Natronlauge und Wiederauflösung des gebildeten Silberoxyd-Niederschlages durch soviel Ammoniak, dafs der Niederschlag eben gelöst ist, hergestellt wird. Wird die Mischung schwach erwärmt, so fällt metallisches Silber aus. Unter Umständen bildet sich auch ein Silberspiegel am Glase.

Fehlingsche Lösung.

Die Fehlingsche Lösung giebt beim Vermischen mit einer 5%igen Anytinlösung eine kupferoxydulhaltige, rotbraune Lösung. Es tritt mithin auch hier eine Reduktion ein, wenn auch die typische rotgelbe Fällung, durch noch unbekannte Umstände verbindert, ausbleibt (Salzbildung?).

Kaliumpermanganat.

Eine mit Schwefelsäure angesäuerte, sehr verdünnte Lösung von Kaliumpermanganat wird in der Kälte sofort durch eine verdünnte Anytinlösung vollständig entfärbt unter Bildung von schwefelsaurem Manganoxydul.

Diese leicht auszuführenden Reaktionen zeigen meines Erachtens mit Sicherheit, dafs die Ichthyolsulfonsäure auch im chemischen wie im therapeutischen Sinne ein reduzierendes Mittel ist.

Soweit meine Mitteilungen in Braunschweig. Ich konnte daselbst noch nicht über eine etwaige reduzierende Eigenschaft des Ichthyolsulfons in chemischem Sinne berichten, welche nach der therapeutischen Wirkung allerdings zu erwarten war, da die dahin zielenden Versuche von Herrn Dr. Runge, über welche derselbe ebenfalls Mitteilungen machen wird, noch nicht abgeschlossen waren. Es ist Herrn Dr. Runge inzwischen gelungen, durch eine sehr einfache Versuchsanordnung über die reduzierende Eigenschaft aller drei Ichthyolkomponenten ins Klare zu kommen. Dieselbe beruht auf der Eigenschaft des Chloroforms, alle drei Ichthyolkomponenten sowie das als Reagens benutzte Eisenchlorid aufzulösen.

Man verreibt festes Eisenchlorid im Mörser mit Chloroform, erwärmt das Gemisch in Kolben auf 50°C., schüttelt kräftig und filtriert die Lösung vom ungelösten Rückstande ab. Sodann stellt man sich 2%ige Lösungen von allen drei Ichthyolkomponenten in Chloroform dar.

Je 10 g dieser Chloroformlösungen werden mit 5 g der Eisenchlorid-Chloroformlösungen und 2½ g Eisessig gemischt, eine Stunde in der Kälte stehen gelassen und mit je 10 ccm Wasser durchgeschüttelt. Nach

12 bis 24 Stunden hat sich die Mischung abgesetzt, worauf man die wässrige Schicht abpipettiert und mit einigen Tropfen Salzsäure und frisch bereiteter Ferricyankaliumlösung versetzt. Je nach der Stärke der Reduktionswirkung entsteht dann ein mehr oder minder starker Niederschlag von Turnbulls Blau.

Herr Dr. Runge konnte auf diesem Wege nachweisen, dafs unter den drei Ichthyolkomponenten das Ichthyolsulfon am stärksten reduziert, etwas schwächer fällt die Reaktion bei der Ichthyolsulfonsäure aus und äufserst schwach bei dem dritten Körper, welcher auch nach diesem Resultat vermutlich Oxydationsprodukte des Ichthyols enthält. Zahlreiche Kontrollversuche haben dieses von Herrn Dr. Runge gefundene Ergebnis über jeden Zweifel sichergestellt.

Wir haben daher auch in Hinsicht auf das Ichthyolsulfon eine glückliche Übereinstimmung der therapeutischen und chemischen Versuche zu konstatieren. In beiden Beziehungen hat das Ichthyolsulfon als reduzierendes Mittel zu gelten. Es stellt sich an die Seite des Chrysarobins als ein schwächeres, aber therapeutisch und chemisch vergleichbares Mittel.

Zehn Fälle des Sarcoma idiopathicum pigmentosum multiplex cutis.

Aus der dermatologischen Klinik des Prof. M. J. Stoukowenkoff zu Kiew.

Vortrag, gehalten auf dem XII. internationalen medizinischen Kongrefs zu Moskau.

Von

Th. V. Semenow, prakt. Arzt in Kiew.

M. H.! Die Krankheit, von welcher einige Fälle ich sogleich die Ehre haben werde Ihnen mitzuteilen, ist zwar schon vor einem Vierteljahrhundert zum ersten Male von Prof. Kaposi beschrieben worden, bietet aber immer noch Schwierigkeiten bei ihrer Einordnung in die eine oder die andere Gruppe von Hautleiden. Da sie überhaupt selten vorkommt, so wage ich zu hoffen, dafs die Mitteilung einiger noch nicht publizierter Fälle derselben als nicht überflüssig erscheinen wird. — Es versteht sich von selbst, dafs ich Ihre geneigte Aufmerksamkeit mit eingehenden Krankengeschichten nicht ermüden will; dieselben werden seiner Zeit in einer von mir vorbereiteten Spezialarbeit angeführt werden. Ich gedenke hier nur einige von mir bemerkte Details herauszugreifen, welche zur

Ätiologie der Krankheit und zu den anatomisch-pathologischen Veränderungen in der Haut und in einigen anderen Organen gehören.

In der dermatologischen Klinik des vor kurzem verstorbenen Prof. Stoukowenkoff zu Kiew wurden in dem Zeitraum von 1891 bis 1896 zehn Fälle des Sarcoma idiopathicum pigmentosum multiplex cutis beobachtet.

I. Fall. Abraham Sch., Handelsmann, 49 Jahre alt. Die Krankheit begann vor 1½ Jahren mit Ödem der linken Fufssohle, ein halbes Jahr später zeigten sich rotblaue Flecke auf ihrem inneren Rande, die bald in einen einzigen grofsen Fleck zusammenflossen, auf welchem sich einige Knoten von Hanfkorn- bis Erbsengröfse bildeten. Gleiche Flecke und Knoten erschienen später auch auf dem anderen Fufs und auf den Händen, die blau und geschwollen wurden. In der Mitte des linken Vorderarms zeigte sich ein grofser blauer Fleck, der sich im Verlaufe einer Nacht gebildet hatte. Patient litt oft an Nasenblutungen; die Untersuchung der Nasenhöhle ergab das Fehlen lokaler Ursachen dazu.

II. Fall. Demetrius Rud., 24 Jahre alt, ein Donkosak. Die Krankheit begann vor einem Jahre mit Ödem der linken Hand, die allmählich eine livide Färbung annahm. Das Ödem verschwand öfters, erschien aber jedesmal hinwiederum. So dauerte es etwa ein Jahr lang. Hierauf zeigten sich auf dem linken Handrücken dunkelrote Flecke, die später in einen einzigen grofsen dunkelbraunen Fleck zusammenflossen. Einen Monat nach dem Erscheinen der Flecke bildeten sich auf der linken Hand rotbraune Knoten bis zu Linsengröfse. Darauf erschienen ähnliche Infiltrate und Knoten auch auf der anderen Hand und auf beiden geschwollenen Füfsen.

III. Fall. Moses Sil., Händler, 26 Jahre alt, Eltern gesund. Er war seit 2½ Jahren krank, glaubte als Krankheitsursache Erkältung annehmen zu dürfen. Es zeigte sich zuerst auf dem Zeigefinger der linken Hand ein kleiner dunkelroter Knoten; hierauf bemerkte der Kranke ein Ödem an beiden Füfsen, rötlich blaue Färbung und Knoten in der Haut des linken Fufses, dunkelblaue Flecke auf der linken Fufssohle und auf der vorderen Fläche des unteren Drittels des linken Unterschenkels. Ähnliche Knoten bemerkte er später auf der rechten Fufssohle und dem rechten Unterschenkel. Die linken inguinalen und cubitalen Drüsen waren vergröfsert. Patient fühlte starkes Jucken der Hände und der Füfse und beim Stehen heftige Schmerzen in den Zehen. Das Ödem blieb unverändert trotz Gebrauch von Druckverbänden.

IV. Fall. Moses Sel., Unterverwalter eines Landgutes, 60 Jahre alt, von kräftiger Konstitution. Der Kranke litt 6 Jahre vor Beginn seiner gegenwärtigen Krankheit an heftigen rheumatischen Schmerzen in den Extremitäten. Vor 2 Jahren hatte er ein Erythema nodosum auf der Haut der linken Körperhälfte überstanden; 6 Monate später litt er während 3 Wochen an heftigen Kopfschmerzen und Schwindelanfällen; bald darauf bemerkte er ein Ödem des linken Unterschenkels und dunkelblaue Flecke, sowie kleine Knoten sich nach und nach auf dem rechten Handrücken und auf den Fingern, dann auf der rechten Fufssohle und auf der linken Hand entwickelten. Patient fühlte in den unteren Extremitäten starkes Jucken, Brennen und Schmerzen.

V. Fall. Hirsch Kar., 12 Jahre alt, Sohn eines Handelsmannes, stark abgemagert, Eltern sind gesund; litt vor 2 Jahren an geschwollenen Füfsen; vor 7 Monaten erkältete er sich stark die Füfse und bald darauf bemerkte er einen rotbraunen Fleck auf der linken Fufssohle; einige Wochen später zeigte sich ein ähnlicher Fleck auch auf der rechten Sohle. Nach Verlauf von 3 Monaten bildeten sich Flecke und blaue Knoten auf den Händen. Einige Knoten wurden exstirpiert und bei mikroskopischer

Besichtigung in feineren Schnitten liefs es sich erkennen, dafs die Epidermis normal war; in der papillären Schicht längs der Blutgefäfse waren an einigen Stellen kleine Anhäufungen von runden und ovalen Zellen zu bemerken, ferner in den tiefen Schichten der Cutis und des subcutanen Gewebes ebenso um die Schweifsdrüsen herum grofse Ansammlungen von Zellen mit grofsem Kern und spärlichem Protoplasma. Die Neubildung war nicht auffallend von der Nachbarschaft abgegrenzt, sondern ging in dieselbe nach und nach über. Zwischen den Neubildungszellen befanden sich stellenweise Anhäufungen von roten Blutkörperchen und Pigmentklümpchen von gelbbrauner Farbe. Die Blutgefäfse waren vermehrt und erweitert; die Lymphspalten nicht geschwollen. Wegen sehr starker Schmerzen in den Fufssohlen konnte der Kranke nicht gehen und hielt die Füfse geknickt.

VI. Fall. Heschel Bern., Kaufmann, 49 Jahre alt. Der Patient litt seit 24 Jahren an heftigem periodischen Kopfweh; seine jetzige Hautkrankheit begann vor 3 Jahren; die linke Fufssohle und der Unterschenkel schwollen an, dann zeigten sich auf ihrer Oberfläche blaue Knoten; die Krankheit dehnte sich allmählich auch auf den anderen Fufs und auf die Hände aus. Der Kranke klagte über starke schneidende Schmerzen in den betroffenen Körperteilen, besonders in den Fufssohlen. In den Schnitten, welche man von einem der Knoten machte, bemerkte man unter dem Mikroskop, dafs das ganze Corium von verlängerten spindelförmigen Zellen infiltriert war. Die Zellen in langen Reihen bildeten Bündel, die nach verschiedenen Richtungen auseinander gingen und unter verschiedenen Winkeln sich kreuzten. Die Lymphspalten im Corium waren erweitert. Aufserdem bemerkte man noch Erweiterung und Neubildung von Blutgefäfsen. Dem Aussehen und der Lage der Zellen nach zu urteilen, kann man die ganze Neubildung für Spindelzellensarkom erklären.

VII. Fall. Itzig S., Viehhändler, 55 Jahre alt. Der Kranke zog sich vor 25 Jahren eine heftige Fufserkältung zu, worauf er ein zwei Wochen lang dauerndes, starkes Jucken in den Sohlen empfand. Nach 6 Jahren erneuerte sich das Jucken, diesmal ohne Ursache, und wiederholte sich dann in Zwischenräumen von 1 bis 3 Jahren. Die letzten 5 Jahre dauerte das Jucken in den Fufssohlen und den Hohlhänden ununterbrochen fort. 1½ Jahre vor seiner Aufnahme in die Klinik, im Jahre 1893, zeigte sich ein Ödem und blaue Färbung der Sohlen, hierauf der Unterschenkel und schliefslich der Hände, auf welchen nach und nach kleine, dunkelblaue Knoten sich bildeten. Die Schnitte von Knoten boten unter dem Mikroskop das Bild des Rundzellensarkoms dar. Im Jahre 1894 litt der Patient an wanderndem Erysipelas an dem ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes, und dann ein halbes Jahr später an tiefer Phlegmone des rechten Oberschenkels, hierauf verschwanden die Knoten und es bleibt jetzt nur noch eine schwache blaue Färbung der Zehen des linken Fufses und des äufseren Randes der linken Fufssohle übrig. Recidive von Knoten gab es bis heute nicht.

VIII. Fall. Itzig Mokl., 22 Jahre alt, in einer Holzhandlung beschäftigt, Eltern gesund. Vor 2 Jahren erfror sich Patient Hände und Füfse; nach Verlauf von 2 Monaten bemerkte er eine Steifheit der Finger, sodafs man sie nicht zu einer Faust zusammenlegen konnte, eine erhöhte Reizbarkeit der Haut auf den Händen, schliefslich ein Ödem auf der linken Hand und bläulichrote Färbung der Haut, welche von heftigen Schmerzen begleitet war. Das Ödem dauerte zwei Monate an, bald nachher zeigten sich blaue Knoten auf dem kleinen Finger der linken Hand und ebensolche auf der Hohlhand. Endlich erschienen Knoten auch auf der rechten Hand und auf den Fufssohlen.

IX. Fall. Samuel Schwarz., 52 Jahre alt, von kräftigem Körperbau. Die Krankheit begann vor 3 Jahren mit Ödem der linken Hand; auf der Hohlhand zeigte sich

bald ein dunkelroter Fleck und etwas später die blauen Knoten. Hierauf zeigten sich ähnliche Knoten auch auf der rechten Hand, den Fufssohlen, dem Ober- und Unterschenkel. Der Kranke starb in der Klinik an doppelseitiger Pleuritis, erschwert durch croupöse Pneumonie der linken Lunge.

X. Fall. Berko K., Holzhändler, 64 Jahre alt, von kräftiger Konstitution. Vor 3 Jahren erkältete sich der Patient stark die Füfse, da er lange seines Geschäftes wegen im Walde durch Moräste gehen mufste. Zwei Monate nach der letzten starken Erkältung zeigte sich auf dem unteren Drittel des linken Unterschenkels ein Knoten von blauer Farbe, und zu gleicher Zeit bemerkte er ein Ödem der Fufssohlen, auf welchen sich dann auch Knoten bildeten, die sich schliefslich auf die Hände verbreiteten. Die Knoten verschwanden zuweilen von selbst, doch zeigten sie sich später immer wieder, besonders bei kalter und feuchter Witterung. Unter anderem bemerkte man beim Kranken eine kleine Herzerweiterung und aufserordentlich starke Schweifsabsonderung an den Füfsen. Der Kranke starb später an Herzlähmung.

Aus den soeben angeführten kurzen Krankengeschichten ersehen wir zunächst, dafs alle unsere Kranken Männer waren; Frauen leiden sehr selten an dieser Krankheit. Das Alter unserer Kranken schwankte zwischen 12 und 64 Jahren, die meisten standen in einem Alter von über 45 Jahren. Es waren Leute meistens von gutem Körperbau; bei keinem läfst sich eine Vererbung der Krankheit nachweisen; keiner litt an Syphilis oder Infektionskrankheiten; fast bei allen begann die Krankheit mit Ödem einer der Extremitäten, in 6 von den 10 Fällen des linken Fufses. Das Ödem entwickelte sich allmählich auch auf den übrigen Extremitäten, manchmal kreuzweise gleich gekreuzten Paralysen; auf dem Ödem zeigte sich dunkelblaue oder violettblaue diffuse Färbung der Haut oder Flecke und Knoten von gleicher Farbe, die gewöhnlich auf jener Extremität am ehesten erschienen, auf welcher sich das Ödem zuerst gezeigt hatte. Die Gröfse der Flecke und Knoten war sehr verschieden, von der eines Gerstenkorns bis zu der einer Kirsche, in den seltensten Fällen noch etwas gröfser. Ihre Zahl war ebenfalls verschieden; manchmal waren sie sehr zahlreich, besonders auf den Füfsen, auf welchen sie sich stark vermehrten und zusammenschmelzend die Zehen vollständig deformierten. In einigen Fällen entwickelten sich die Knoten auch auf anderen Körperteilen: auf den Ohrmuscheln, der Nase, dem Gesicht und der Brust. Das Erscheinen der farbigen Flecken und Knoten war bei den Kranken meistensteils von dem Gefühle starken Juckens, Brennens und von Schmerzen begleitet, so dafs einer von ihnen vor Schmerzen nicht gehen konnte. Einzelne Knoten verschwanden zuweilen von selbst und hinterliefsen nur eine dunklere Färbung der Haut auf der betreffenden Stelle. Die Obduktion der zwei letztgenannten Kranken, welche während der Behandlung in der Klinik an interkurrenten Krankheiten starben, zeigte uns ziemlich gleiche Veränderungen in der Haut und in den inneren Organen. Man fand, dafs die Knoten nicht nur in der Haut safsen, sondern auch im Magen, in der Leber, im Pancreas, in den Nieren und

besonders viele in dem Dickdarm. Einzelne von ihnen exstirpiert und auf gewöhnliche Art in Alkohol oder in der MÜLLERschen Flüssigkeit fixiert, boten in den Schnitten folgendes Bild unter dem Mikroskope dar: eine grofse Menge Zellenhaufen befand sich in den tieferen Schichten des Coriums und von dort verbreiteten sie sich in Zügen teils in die mittleren und papillären Schichten des Coriums, teils in das Unterhautzellengewebe. Die Zellen lagen entweder ohne alle Ordnung zerstreut oder aber sie sammelten sich in Zügen. Die Form der Zellen war meistens rund und oval; sie waren mit je einem grofsen Kern versehen und hatten sehr spärliches Protoplasma. Die Zellenanhäufungen befanden sich gewöhnlich in der Nähe der Blutgefäfse und der Schweifsdrüsen; sie waren nicht durch Kapseln von der Umgebung getrennt, sondern gingen allmählich in das benachbarte Gewebe über. Zwischen neugebildeten Zellen bemerkte man zahlreiche frische Hämorrhagien und auch körnige, gelbbraune Pigmentschollen. Die Lymphspalten im Corium waren sehr erweitert. Die Hautblutgefäfse waren bedeutend vermehrt und erweitert, ihre Wände stark verdickt; im Endothelium und in der Adventitia bemerkte man stellenweise bedeutende Zellenproliferation. Die kleinen Gefäfse in der papillären Schicht waren schlauchförmig erweitert. Die Malpighische Schicht war verdickt, in dem Stratum spinosum war ein Ödem der Zellen zu beobachten. Die Hornschicht war an einzelnen Stellen bedeutend verdickt und löste sich von den unteren Schichten ab. Die Untersuchung der Knoten auf Mikroorganismen ergab negative Resultate. — In der Leber konnte man eine interstitielle Entzündung und frische Hämorrhagien in der Umgebung der neugebildeten Knoten konstatieren. Die Leberknoten bestanden aus einer Anhäufung von Zellen, welche jenen der Hautknoten ähnlich waren. Zwischen den Leberzellen lagen unregelmäfsig zerstreut gelbbräunliche, körnige Pigmentklümpchen. Die Milz war normal. Die Knoten, welche aus den Darmwänden herausgeschnitten waren, bestanden aus Anhäufungen von runden und ovalen Zellen, welche um die erweiterten Blutgefäfse herum lagen. — Ein Herd von roter Farbe und von Hanfkorngröfse, welchen man in der weifsen Substanz des Halsteils des Rückenmarks fand, bei dem Kranken X, konnte bis jetzt leider nicht untersucht werden. In den Spinalganglien bemerkte man eine sehr starke Pigmentansammlung, so dafs viele Zellen mit körnigem Pigment von gelbbrauner Farbe vollständig angefüllt waren. In den peripherischen Nerven fand man eine Schwellung der Neurogliakerne und eine Wucherung des Bindegewebes.

In Anbetracht der heftigen neuralgischen Schmerzen, welche sich oft beim Erscheinen der äufseren Anzeichen der Krankheit einstellen, der Ödembildung, des Juckens, der Änderung der Thätigkeit der sekretorischen Organe, der symmetrischen Verteilung der Flecke und Knoten, der starken

Pigmentansammlung in den Spinalganglienzellen, welch' letztere man den Forschungen einiger Autoren zufolge nicht nur im reiferen Alter, sondern auch bei vielen Krankheiten des Nervensystems beobachtet hat, und endlich einiger Veränderungen in der Struktur der Nerven selbst, kann man annehmen, dafs die von uns behandelte Krankheit eine Beziehung zu dem Nervensystem hat.

Infolge irgend einer starken Reizung, in unseren Fällen grofsenteils vielleicht infolge starker langdauernder Kälteeinwirkung auf die peripheren Nervenendungen entstehen in den Gefäfswänden Ernährungsstörungen der Gefäfse und es entwickelt sich eine Vasculitis und Perivasculitis mit einer starken Zellenproliferation des Endotheliums und der Adventitia besonders an den Bifurkationsstellen der Blutgefäfse, zuerst in jenen Hautschichten, die an das subcutane Gewebe grenzen und mit Blutgefäfsen sehr reich versehen sind. — Aus den neugebildeten Gefäfsen, die noch sehr dünne, oft nur aus einer Reihe von Zellen bestehende Wände haben, finden oft Hämorrhagien in das Gewebe statt und aus dem Hämoglobin des heraustretenden Blutes bildet sich ein Pigment, das in einzelnen Häufchen zwischen den neugebildeten Zellen liegt. Durch die bedeutende Zellenproliferation des Endotheliums der Gefäfse erfolgt eine stellenweise Verödung derselben, daher wird die Ernährung der sich entwickelnden Neubildung spärlicher und dadurch wird ihr weiteres Gedeihen beeinträchtigt. Auf welche Weise die weitere, und zwar symmetrische Entwickelung der Neoplasmen auf den Extremitäten erfolgt, können wir gegenwärtig bei den Schwierigkeiten, welchen man bei Erforschung der Nervenveränderungen begegnet, nicht sagen; doch glauben wir, dafs sowohl die symmetrische Lage der krankhaften Bildungen, als auch andere Nervenerscheinungen, welche wir oben erwähnt haben, Grund zur Annahme einer Abhängigkeit der Krankheit von Veränderungen in den trophischen Nerven bieten.

Was die Therapie betrifft, so wollen wir nur kurz angeben, dafs in allen erwähnten Fällen man Arsenik in Form von asiatischen Pillen und subcutanen Injektionen von Solutio Fowleri angewandt hat; aber eine besonders gute Einwirkung des Arseniks haben wir nicht bemerkt. Wenn die neugebildeten Knoten mitunter auch kleiner wurden und zuweilen sogar ganz verschwanden, so wurde das auch ohne Arsenikbehandlung beobachtet. Bei einem von unseren Kranken verschwanden die Knoten, nachdem er Erysipelas überstanden hatte. Wir glauben, dafs dies nicht infolge des Einflusses der Erysipelkokken stattfand, sondern durch die Wirkung der hohen Fiebertemperatur, welche auf den Stoffwechsel einen beschleunigenden Einfluſs hat. Obgleich die Neubildungen bei dieser Krankheit sich von jenen beim eigentlichen Sarkom unterscheiden, da sie von beschränktem Wuchse sind, das benachbarte Gewebe nicht atrophieren und zu einer rückbildenden Metamorphose sehr geneigt sind, so glauben

wir trotzdem, dafs, so lange kein charakteristischer Unterschied der Neubildungen von jenen anderen gefunden ist, es überflüssig wäre, die Benennung, mit welcher Prof. Kaposi diese Krankheit bezeichnete, mit einer anderen zu vertauschen, wie z. B. multiple Lymphadenomangiosarkome, oder Sarcoma multiplex haemorrhagicum u. s. w. Die mikroskopischen Präparate, welche aus verschiedenen Knoten bei einem und demselben Patienten hergestellt worden sind, und noch mehr die von verschiedenen Kranken genommenen bieten nicht immer das gleiche Bild; man bemerkt z. B. auf einzelnen vielfache Blutergüsse in das Gewebe, auf anderen dagegen sind die Blutergüsse seltener, dafür aber sind die lymphatischen Spalten bedeutend erweitert; bei noch anderen bemerkt man vor allem eine bedeutende Erweiterung der Gefäfse und eine Verdickung ihrer Wände. Wenn wir also nur auf eine oder die andere hervortretende Eigentümlichkeit Gewicht legen, so kann freilich dieselbe Krankheit unter verschiedenen Namen besprochen werden.

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

(Fortsetzung.)

Celsus (V. Teil).

Von

Dr. Moritz Cohn in Hamburg.

Über das Erysipel äufsert sich Celsus dahin, dafs es nicht nur zu einer Wunde hinzutreten, sondern auch ohne eine solche entstehen kann. Bisweilen bringt es gröfsere Gefahren mit sich, besonders wenn es seinen Sitz am Kopf oder im Nacken hat. Für die Behandlung verwendete er nach lokaler Blutentziehung — vorausgesetzt, dafs die Körperkräfte dieses zulassen — Bleiweifs und essigsaure Thonerde in Form von wässerigen Lösungen, manchmal auch gemischt mit einem Breiumschlag. Auch hier spielt bei hartnäckigeren Formen das Glüheisen eine Hauptrolle (Lib. V, Kap. 26, pag. 183). Aufserdem empfiehlt er noch eine Reihe anderer Mittel. Es erinnert mich die grofse Anzahl nicht sicher wirkender Mittel an den heutigen Stand der Erysipelbehandlung. Doch scheint mir das

Ausbrennen der infizierten Wunde, bis sie trocken ist, nicht irrationell zu sein. Man denke nur an die allgemein übliche Behandlung des Ulcus corneae serpens.

Bei den „Papeln" unterscheidet er zwei Arten. Auf der Haut entwickeln sich äufserst kleine Bläschen (minimae pustulae) von roter Farbe, in deren Mitte sich eine dellenförmige Vertiefung befindet, im Kreise angeordnet. Das Übel breitet sich langsam kreisförmig weiter aus. Die zweite Art unterscheidet sich von dieser durch ihre Gröfse, intensivere Rotfärbung und raschere Ausbreitung. Wenn sie nicht beseitigt wird, geht sie in die „Impetigo" (= Ekzem?) über (Lib. V, Kap. 28, pag. 206). Sollte hierunter ein Herpes oder eine herpesähnliche Affektion zu verstehen sein? Zur Heilung genügt es, wenn die Papel täglich morgens nüchtern mit dem Speichel eingerieben wird; auf die zweite Art läfst er gepulvertes Mauerkraut („herba muralis") legen.

Kurz streifen will ich noch einige Affektionen, welche im ganzen einfach und im Gegensatz zu den meisten bisher besprochenen keinen Zweifel in Betreff ihrer Deutung aufkommen lassen. Es sind dieses die Warzen (verrucae, *ἀκροχορδόνα*, *θύμιον*) und die Hühneraugen (clavus, *μυρμήκιον*). Er kennt breit aufsitzende und gestielte Warzen. Selten tritt eine bei einem Individuum vereinzelt auf, gewöhnlich sind sie multipel und befallen mit Vorliebe jugendliche Personen. Meistens verschwinden sie plötzlich ohne Therapie, selten kommt es zur Entzündung und Eiterung. *Ἀκροχορδόνα* ist spitz mit breiterer Basis von rauher Oberfläche, während das *θύμιον* spitz von der Haut ausgehend, sich nach oben verbreitert mit zerklüfteter und bisweilen blutender Oberfläche. Das letztere kann die Gröfse einer Bohne erreichen. Dasselbe befällt mit Vorliebe die Hohlhand und Fufssohle. Am schlimmsten sind sie, wenn sie an den Genitalien auftreten; wahrscheinlich handelt es sich hier um spitze Kondylome, da dieselben stark und leicht bluten.

Hühneraugen und Schwielen an Händen und Füfsen bieten nichts Besonderes. Er hebt ihre Schmerzhaftigkeit hervor, wodurch sie sich unvorteilhaft von den Warzen unterscheiden; ferner heilen sie im Gegensatz zu diesen nie von selbst. Als Behandlung war auch schon damals das Schneiden derselben gang und gäbe. (Lib. V, Kap. 28, pag. 203.)

Jetzt komme ich zu einer Erkrankung, welche insofern leicht zu deuten ist, als wir es hier mit dem ziemlich allgemein anerkannten „Favus Celsi" zu thun haben. Leider geht es aber mit diesem ebenso wie mit der „Area Celsi". Das Krankheitsbild deckt sich mit unserem „Favus" absolut nicht und die Schilderung reicht bis zu den Griechen zurück, was Celsus auch selbst zugiebt. Er sagt im 5. Buch, Kap. 28, pag. 202: „Es giebt auch eine Art von Geschwür, welches wegen seiner Ähnlichkeit mit einer Honigwabe (Favus) von den Griechen *κηρίον* genannt wird,

und das in zwei Unterarten zerfällt. Eine Art ist matt weifs, dem „Furunkel“ ähnlich, aber gröfser und schmerzhafter. Wenn es reif geworden ist, hat es Löcher, aus welchen eine schleimige und eiterige Flüssigkeit (humor) abgesondert wird, und trotzdem wird es nicht richtig reif. Wird es geöffnet, so erscheint im Innern viel mehr Verdorbenes als im Furunkel und greift dasselbe auch viel tiefer. Es sitzt fast ausschliefslich in den Haaren. Die zweite Art ragt wenig über den Körperteil hervor, ist hart, breit, fast grün oder blafs und vereitert stärker; besonders wenn bis an die Wurzel der einzelnen Haare sich erstreckende Löcher vorhanden sind, aus welchen eine schleimige, blasse Flüssigkeit abgesondert wird von der Konsistenz des Honigs, der Mistel, bisweilen auch des Öles. Schneidet man hinein, so erscheint das Fleisch von innen grün. Schmerz und Entzündung sind ungeheuer, so dafs sie gewöhnlich selbst heftiges Fieber auslösen.“ Das einzige, was der „Favus Celsi“ mit unserem Favus gemeinsam hat, ist die Lokalisation am behaarten Kopfe. Wo bleiben aber die Scutulae? Wo die abgebrochenen Haare? Wo die Pilzwucherungen? Weiter, wer denkt von uns bei Favus an heftiges Fieber? Wer an ungeheuren Schmerz? Auch die Nekrose der Kopfhaut ist kein Ereignis, das wir zu sehen gewohnt sind. Also bleibt nichts anderes übrig, als auch hier mit einem Begriff — denn mehr ist es nicht — aus einer althergebrachten Überlieferung aufzuräumen. Ob Celsus unsern Favus gekannt hat, wird uns wohl niemand verraten, denn die einzige Stelle, welche darauf hindeutet, ist bereits von mir eingehend gewürdigt worden (cf. *diese Zeitschrift* XXV, No. 1). Die Unklarheit und Verworrenheit, welche in diese Stellen hineingetragen wurde, verdanken wir wohl hauptsächlich Willan, dessen Favus und Porrigo favosa hier heranzuziehen sind.

Immerhin läfst sich es nicht von der Hand weisen, dafs wir es bei der ersten Unterart des *Κήριον* seu „Favus Celsi“ mit einer Art von Trichophytie zu thun haben. Am ehesten scheint sie sich mit einer Sykosisart zu decken, welche gerade neuerdings durch die Arbeiten von Sabouraud in den Vordergrund des Interesses getreten ist. Von manchen Autoren wird sie auch als Kerion bezeichnet. Auf diese Form der Trichophytie pafst die Schilderung, welche Celsus entwirft, ganz gut, wenn man in Betracht zieht, dafs dieser Autor im grofsen und ganzen eine etwas andere Beschreibungsmethode anwendet als ein moderner Schriftsteller.

Der Vollständigkeit halber will ich nur noch erwähnen, dafs Celsus seinen „Favus“ mit Pflastern und Kataplasmen behandelt, welche gewöhnlich aus Leinsamen, Feigen, Harz in Meth gekocht, hergestellt wurden. Die medikamentöse Behandlung hat ihn aber gewöhnlich im Stiche gelassen, und infolgedessen hat er die ganze kranke Stelle bis ins gesunde Gewebe excidiert.

Während wir hier einen grofsen Strich machen mufsten, können wir vieles von dem, was Celsus über den klinischen Verlauf des Carcinoms (pathologische Anatomie kennt er ja nicht) und seine Therapie sagt, anstandslos unterschreiben. Als besonders häufig befallen hebt er Leber, Milz und Mammae hervor. Aus kleinen kaum merklichen Anfängen sah er grofse, unregelmäfsige Tumoren entstehen. Die befallenen Stellen sind bald schmerzfrei, bald sehr schmerzempfindlich. Die Geschwülste können sehr lange bestehen, ohne zur Geschwürsbildung zu führen, andere vereitern früh. Für gewöhnlich führt die Geschwulst zum Tode. Er kennt ihre Unheilbarkeit durch Medizin; er weifs, dafs nach der Exstirpation und guter Vernarbung leicht Recidive auftreten, welche dann um so rascher das tödliche Ende herbeiführen. Es ist oft sehr schwer, eine gutartige Geschwulst von einer bösartigen zu unterscheiden; oft lehrt dieses nur die Behandlung, wenn der Patient nach der Exstirpation recidivfrei bleibt (Buch V, Kap. 28, pag. 192).

In demselben Kapitel werden auf Seite 196 die Frostbeulen ganz gut geschildert: „Es entstehen auch infolge der Kälte im Winter Geschwüre, besonders bei den Knaben, hauptsächlich an den Füfsen und ihren Zehen, bisweilen auch an den Händen. Das Hauptmerkmal ist die Röte, wie bei einer mäfsigen Entzündung. Bisweilen entstehen Pusteln, welche ulcerieren. Der Schmerz ist nur mäfsig. Stärker ist das Jucken. Bisweilen wird eine geringe Menge Flüssigkeit abgesondert, eiter- oder schleimähnlich.“ Zur Behandlung empfiehlt er heifses Wasser, in dem Rüben oder Eisenkraut (verbena)? gekocht sind. Auf den geschlossenen Frost liefs er auch möglichst heifse Kupferplatten auflegen. Weiter verwendete er Alaun und Weihrauch zu gleichen Teilen in Wein gelöst und gekochte Granatapfelschale.

Die Schrunden des Afters, blutende Varicen und den Cancer endlich behandelte er mit einer Mischung von Kupferrost, Antimon, Myrrhe, Mohnsaft und Schlehendorn, in Wein gestofsen und für den Gebrauch darin zerrieben (Lib. V, Kap. 20, pag. 164).

Hiermit beschliefsen wir die Hautkrankheiten, wie sie von Celsus geschildert werden, und wenden uns den Erkrankungen an den Genitalien zu. Die meisten Geschlechtskrankheiten des Celsus sind nur an den Genitalien lokalisiert, ohne mit der Funktion dieser Organe etwas zu thun zu haben oder etwa durch die Funktion derselben veranlafst zu sein. Im Gegensatz zu den Hautkrankheiten ist ihre Deutung einfacher und verursacht durchschnittlich weniger Mühe. Beginnen wir zunächst mit der Phimose und Paraphimose, welche im 6. Buch, Kap. 18, pag. 238 gut geschildert werden: „Wenn infolge einer Entzündung der Penis anschwillt, und die obere Haut (id est praeputium) sich nicht zurückziehen oder nicht, nachdem sie zurückgezogen ist, wieder überziehen läfst, sind heifse

Bäder zu verordnen. Ist aber die Glans von der Vorhaut ganz verdeckt, so spritze man warmes Wasser zwischen beide.“ Hinterher macht Celsus Repositionsversuche. Bleiben dieselben ohne Erfolg, so wird der Penis an den Bauch gebunden und 24 Stunden lang Breiumschläge gemacht. Während dieser Zeit muſs der Patient fasten, und nachher gelang es ihm oft das Präputium zu reponieren. Die Behandlung der darunter verborgenen Ulcera werde ich erst später besprechen. Gelingt aber auch dann die Reposition nicht, so macht er zunächst einen kleinen Einschnitt, um dem Eiter Abfluſs zu verschaffen, gewöhnlich mit dem gewünschten Erfolge. Anders behandelt er die angeborene Phimose. Dieselbe spaltete er durch einen dorsalen Längsschnitt bis in den Sulcus coronarius und streifte alsdann das Präputium zurück. Reichte der einfache Längsschnitt nicht aus, so excidierte er ein dreieckiges Stück. Bis zur Heilung der Wunde muſste der Patient im Bett liegen, damit die Wunde nicht infiziert wurde (Lib. VII, Kap. 25, pag. 286ff.).

In demselben Kapitel bespricht er eine plastische Operation. Wie die alten Inder schon Nasen bildeten, so formte Celsus für die, welche es verloren hatten, ein Präputium. Leichter ist die Operation im Knabenalter, bei Volksstämmen, welche nicht von jeher die Cirkumcision anwenden, bei Leuten mit kleiner Glans, mit faltiger Haut, mit kurzem Penis als bei denjenigen, bei welchen das Entgegengesetzte der Fall ist. Die Operation selbst führt er folgendermaſsen aus. Er faſst zunächst die Haut hinter der Eichel und dehnt sie aus, bis sie die letztere bedeckt und bindet sie fest. Alsdann durchschneidet er die Haut des Penis hart an den Pubes kreisförmig, bis derselbe ganz von Haut entblöſst ist, wobei darauf zu achten ist, daſs weder die Blutgefäſse noch die Harnröhre verletzt werden. Hierauf wird die Haut in eine Schlinge gelegt, damit sie sich nicht wieder anlegen kann, und die entblöſste Stelle einer sorgfältigen Wundbehandlung unterworfen. Für die Nachbehandlung ist von Wichtigkeit, daſs der Patient nicht zu viel zu essen erhält, damit er nicht durch Erektionen den Erfolg der Operation in Frage stellt.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Internationale wissenschaftliche Leprakonferenz.

Berlin, 11.—16. Oktober 1897.

Bericht

von

Dr. Jessner.

(Schluſs.)

Der zweite Punkt der Tagesordnung betraf die Rolle der Erblichkeit.

v. Düring: Es ist verkehrt, von der Erblichkeit einer Infektionskrankheit zu sprechen. Die Lepra wie die Syphilis können nur durch kongenitale Kontagion übertragen werden, nicht durch Erblichkeit. Der Nachweis von Lepra in einem entfernten Familienzweige kann uns nicht verleiten, von Heredität zu sprechen. Auch bei der Tuberkulose ist ein groſser Teil der in späteren Jahren ausbrechenden Fälle noch auf kongenitale Infektion zurückzuführen, wie Baumgarten es auch auffaſst. An eine spezifische Disposition glaubt Redner nicht; die Kinder von an Infektionskrankheiten leidenden Eltern haben nur oft einen geschwächten Organismus, der wenig widerstandsfähig ist. Das Kind eines Leprösen, in tuberkulöse Gegend gebracht, würde leicht tuberkulös werden. — Von Interesse sind die Zustände in Constantinopel. Hier kann man vier Volksgruppen unterscheiden, von denen die eine, die spanischen Juden (Spaniolen), sehr viel von Lepra heimgesucht wird. Türken und Griechen zeigen keine endogene Lepra. Kommt ein Fall bei ihnen vor, so kann man den Kontakt mit einem Juden gewöhnlich nachweisen. Die groſse Reinlichkeit der Türken ist dabei von Wichtigkeit. Erkrankt ein Türke oder Grieche, so wird er zwangsweise isoliert, während die Juden, dicht zusammenlebend, in keine Trennung des Kranken von der Familie willigen. Auf dieses innige Zusammenleben in der Familie ist die Verbreitung der Lepra bei den Spaniolen zurückzuführen, nicht auf die Erblichkeit, sondern auf kongenitale Kontagion. — Die Lepra verbreitet sich vornehmlich durch Kontagiosität, sie geht zurück, wo man isoliert.

Besnier: Bei der hereditären Lepra ist die Rolle, die der Erzeuger spielt, nicht immer dieselbe. Einerseits können biochemische Eigenschaften in dem Nachkommen entwickelt sein, die eine Prädisposition, Immunisation, Atrophien etc. bedingen. Andererseits kann die Lepra als solche durch Vererbung übertragen sein. Sie zeigt sich dann bei der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten. Nach dieser Zeit gestattet nichts anzunehmen, daſs das bei seinen Eltern lebende lepröse Kind nicht von ihnen durch Ansteckung nach der Geburt die Krankheit erworben. — Die Erblichkeit der Lepra als solcher bedingt das Vorhandensein des Virus in den Samenzellen oder in den Ovulis oder den Übergang des Virus auf den gebildeten Fötus. Diese sekundäre Übertragung scheint die wahrscheinlichere. Die Erblichkeit und die Kontagiosität sind keineswegs Gegensätze, sie repräsentieren verschiedene Arten desselben

Phänomens. — Was die Kontagiosität betrifft, so ist jeder Lepröse mit offener lepröser Läsion eine Ansteckungsquelle. Jede wiederholte Berührung kann zur Übertragung führen; Wäsche, Kleider etc. können dieselbe vermitteln. Alle Stellen, wo eine Kontinuitätsläsion besteht, können dem Virus als Eingangspforte dienen. Über die Dauer der Inkubationsperiode sind wir wenig unterrichtet. — Die Lepra zeigt in Bezug auf Nachlafs und Zunahme ungeheure Schwankungen. Diese machen sich geltend in den Ländern, in welchen Isolierung und Überwachung eingeführt sind. — An der Kontagiosität ist nicht zu zweifeln, wenn man sich in seinen Beobachtungen nicht auf kleinere Bezirke beschränkt.

Virchow: Die Ausführungen v. Dürings sind zu dogmatisch. Die Unterscheidung von Erblichkeit und kongenitaler Kontagion ist wenig ersprieſslich. Bewiesen ist beides nicht. Redner vermiſst auch die Citierung eines sicheren Falles von Übertragung.

Sachs: Die Lepra kann sich in zweiter und sogar in dritter Generation vererben.

Neumann: Fälle von Kontagiosität sind genug bekannt. In 5 Fällen hat er sie sicher nachgewiesen. Es giebt aber auch eine Infektion auf hereditärem Wege.

v. Düring: Folgende zwei Fälle von Lepra sind sicher durch kontagiöse Übertragung vermittelt: Ein griechisches Mädchen aus leprafreier Familie erkrankte, nachdem es in dem Hause eines leprösen Juden gewohnt. — Ein Grieche heiratete eine Lepröse und wurde selbst leprös. — Für hereditäre Kontagion spricht folgender Fall: Eine seit zwölf Jahren lepröse Frau hat vier Kinder. Das älteste, 18 Jahre alt, ist gesund; das zweite, 14 Jahre alt, scheint verdächtig; ein 10jähriges hat Lepraerscheinungen; das jüngste, 6 Jahre alt, ist hochgradig leprös.

Kuebler: Das Thema geht vom Vorhandensein der Erblichkeit als einer Thatsache aus und fragt nur nach der Rolle derselben. Nun kann man eine Erblichkeit oder eine erbliche Anlage annehmen, in jedem Falle ist die Rolle derselben im Vergleich zu anderen Verbreitungsweisen eine bescheidene. Zum sicheren Beweise der Erblichkeit müſste man verlangen, daſs ein Kind lepröser Eltern, denselben weggenommen und in leprafreie Gegend gebracht, an Lepra erkrankt. Für die Kontagiosität liegen Beweise genug vor. Eine junge Frau, stammend aus gesunder Familie und aus leprafreier Gegend, lebte mit ihrer leprösen Schwiegermutter. Sie blieb gesund, ihre drei Kinder wurden leprös. Später kehrte sie zu ihrem früheren Wohnsitz zurück. Hier erkrankte sie, ihre Schwester und ihr Schwager.

Alvarez: Die Lepra wurde nach Honolulu 1844 durch chinesische Kulis importiert; der erste Fall bei einem Eingeborenen wurde 1850 erkannt. Die Krankheit griff da so um sich, daſs 1865 strenge Gesetze erlassen wurden und eine Leprakolonie zu Molokai geschaffen wurde, die 1250 Kranke auf eine Bevölkerung von 35 000 Seelen enthält. Fremde, die Hawai besuchten, sind später leprös geworden. Einen leprösen Neugeborenen hat er nie gesehen; der jüngste Lepröse war $3^1/_2$ Jahre alt. Die Sitten der Eingeborenen lassen die Häufigkeit der Übertragung verstehen. Die Pfeife wandert in der Familie, auch wenn Gäste da sind, von Mund zu Mund. Oft haben sie keine Löffel, und, um dem Kranken Nahrung, Medizin, Wasser zu reichen, geben sie es direkt aus ihrem Munde. —

Hansen: Die Frage der Erblichkeit sollte schon endlich ausgerottet sein. Es ist ihm schon langweilig, darüber zu diskutieren. In Norwegen sind viele Arbeiter aus leprösen Distrikten eingewandert, aber niemand von ihnen ist leprös geworden. Ebenso liegt es in Amerika, weil hier die sozialen Verhältnisse, die hygienischen Einrichtungen günstig sind. Es giebt keine angeborene Lepra.

Zu der Frage: „Aus- und Einwanderung in ihren Beziehungen

zur Verschleppung", die auch auf der Tagesordnung stand, meldete sich kein Redner. —

Es kommt noch der Antrag Neissers zur Diskussion, der betrifft: 1. Gründung einer Lepragesellschaft; 2. Gründung eines Lepra-Journals; 3. Herstellung eines Sammelwerkes über die ganze Lepra. Inwieweit diese Anträge zu Beschlüssen führten, ist aus dem ersten Teile meines Berichtes ersichtlich.

Vierter Tag.

Vor der Sitzung war ein grofser Teil der Konferenzmitglieder einer Einladung Lassars in seine Klinik gefolgt. Dieselbe wurde eingehend besichtigt und erregte wegen ihrer praktischen und feinen Einrichtung bei allen Bewunderung. Es wäre interessant, wenn Lassar eine illustrierte Beschreibung derselben einmal veröffentlichen würde. — Die Krankenvorstellung brachte eine Reihe von interessanten Fällen von Lupus, Lupus erythematodes, Alopecie, ein Kind mit Psoriasis palmaris, Elephantiasis cruris et femoris nach gummöser Syphilis etc. — Hervorzuheben ist noch die sehr umfangreiche Moulagensammlung, die Herr Karsten hergestellt. Es dürfte eine gleich grofse Sammlung wohl kaum irgendwo existieren. —

Der eigentlichen Tagesordnung ging in der Sitzung noch eine Diskussion über die Nomenklatur der Lepra voraus, die Koppel geändert wissen wollte.

Unna: Der Ausdruck tuberös genügt nicht; man mufs die tuberöse Lepra noch weiter einteilen. Die Tuberkel sind histologisch durchaus nicht gleichwertig. Bei manchen ist die Cutis ziemlich immun, während das Unterhautbindegewebe von Bacillen voll ist. In anderen Fällen treten Tumoren von kleinpapulöser Gestalt auf. Ein Patient bekam eine solche nach einer Wasserkur mit energischem Frottieren der Haut.

Hansen: Übergänge giebt es sehr vielfältig. Für die klinische Betrachtung genügen die zwei Formen: tuberöse und anästhetische Lepra. Jeder Tuberöse wird mit der Zeit anästhetisch, was man als Zeichen von Heilung ansehen kann. Die gemischte Form ist nichts als eine in Heilung begriffene tuberöse Lepra. Dafs anästhetische Lepra sekundär zu einer tuberösen wird, ist äufserst selten.

Dehio: Klassifizieren kann jeder, wie er will. Die Bezeichnung „Lepra mixta" sollte aufhören; man bezeichnet damit nicht nur die tuberös-anästhetische Form, sondern auch die maculo-anästhetische; das ist falsch.

Die Tagesordnung brachte zunächt die Diskussion über die Stellung der Lepra unter den Infektionskrankheiten, ihre Beziehungen zur Syringomyelie, Morvanschen Krankheit und Ainhum. Dieselbe knüpfte an einen Fall an, welchen v. Düring in einer Berliner Klinik als Syringomyelie bezeichnet gefunden hatte. Lehr stellte denselben vor. Nach v. Dürings Ansicht handelte es sich um Lepra. Es handelte sich um einen Mann aus Elbing, der vor einigen Jahren beim Heben einer Last eine Fraktur des Vorderarms acquiriert hatte, die zu

einer Schwellung führte, aber schmerzlos war. Jetzt zeigt er ausgedehnte Anästhesien, besonders an den Extremitäten, starke Muskelatrophien unter Teilnahme des Facialis. Die Diskussion wurde sehr erregt und etwas ungeordnet, hielt sich aber durchaus an der Oberfläche. Eine Reihe von Rednern, darunter NEUMANN, BESNIER, GLUECK, JEANSELME etc., traten der v. DÜRINGschen Ansicht bei. Andere, darunter der Neurologe REMAK, widersprachen ganz energisch. Zu einer Verständigung kam es nicht; dazu hätte es auch einer viel genaueren Anamnese über die Entwickelung der Krankheit, eines eingehenderen Status praesens und einer ruhigeren Gestaltung der Diskussion bedurft. Lange Zeit tobte noch der Streit in den Nebenräumen fort, wobei noch zwei Fälle herangezogen wurden. Ist auch Referent der Ansicht, dafs die Diagnose Syringomyelie begründet war, so mufs diese Meinungsdifferenz doch den deutschen Forschern zu denken geben.

Von den Rednern seien folgende nur kurz citiert:

JEANSELME: Der Satz „Läsion peripherer Nerven bedeutet Lepra, centrale Läsion bedeutet Syringomyelie" ist ungenau. Bei der Lepra kombinieren sich beide Arten von Läsionen. Er hat in gewissen Leprafällen, die als solche durch den Befund der HANSENschen Bacillen konstatiert sind, Sklerose der Hinter- und Seitenstränge feststellen können.

BABES: An Präparaten von Rückenmarksläsionen bei der Lepra mit Syringomyeliesymptomen sieht man Degeneration der Wurzeln, der GOLLschen Stränge, der sternförmigen Zellen, die Bacillen enthalten. Bei der Syringomyelie, einem endogenen Leiden, sind die hinteren Wurzeln gewöhnlich intakt, bei der Lepra im Gegenteil verändert, während die Rückenmarksveränderungen sich als sekundäre kennzeichnen. Obgleich man in den Zellen der Spinalganglien Bacillen findet, sind doch die Nerven primär erkrankt. Man sieht in den Nerven eine lebhafte Regeneration, was das Mifsverhältnis zwischen Läsionen und Symptomen erklärt. Die Gegenwart der Bacillen in den sternförmigen Zellen des Rückenmarkes kann einen Teil der trophischen Störungen erklären.

In einer Zahl von Leprafällen findet man keine Bacillen im Nervensystem, aufser in den Nervenzellen. In keinem der Fälle fand man andere Lokalisation der Bacillen oder syringomyelitische Läsionen.

Der zweite Punkt betraf die Therapie der Lepra, insbesondere die Serotherapie.

HALLOPEAU: Von fünf mit dem Serum von CARRASQUILLA behandelten Fällen war der Erfolg bei dreien absolut negativ, zwei hatten während der Behandlung intensive Schübe. Die spontanen Remissionen und Exacerbationen der Lepra erfordern, dafs man von Besserung oder Heilung erst spricht, wenn die Knoten sich vollkommen resorbieren und nach langer Zeit nicht recidivieren.

DYER: Die Beobachtung des Dr. CARREAU, dafs ein Lepröser nach einem Schlangenbifs rapide sich besserte, haben ihn veranlafst, seit 1887 mit „Antivenene" von CULMETTE Versuche zu machen. Von fünf Fällen haben sich drei erheblich gebessert. Die Flüssigkeit wird subcutan injiziert.

BESNIER: Eine Heilung der Lepra ist möglich. Zwei geheilte Fälle kann er berichten (die Photographien vor und nach der Heilung werden herumgegeben). Ein Fall betraf einen jungen Menschen, der seit 1893 keinen Schub mehr hatte. Die

Behandlung bestand in allgemeiner Hygiene, Bädern, täglichen Verbänden, Applikation des Galvanokauter auf alle Lepraknoten, Darreichung von Chaulmoograöl in grofser Dosis, bis zu 200 Tropfen pro Tag, auf 4—6 Dosen verteilt. Dieses Öl ist in kalten Jahreszeiten und kalten Gegenden indiziert, wenn die Verdauungswege es vertragen, was man von der Majorität der Fälle nicht sagen kann. Dasselbe wird in Kapseln, als Emulsion, gemischt mit anderen Ölen (Leberthran) nach dem Essen gegeben; eventuell nehmen die Patienten dazu etwas Champagner, Grog, Thee Liqueur. Es mufs mit 5—10 Tropfen begonnen und allmählich gestiegen werden. Stets mufs der Arzt während dieser Medikation den Kranken streng überwachen, besonders auch mit Rücksicht auf die Nieren. Er hat Nephritiden nach nicht geregelter Darreichung des Öles gesehen.

ABRAHAM: Zusammen mit HERMANN hat er ein von dem CARRASQUILLAschen abweichendes Serum hergestellt. Er hat den Saft frischer Leprome ausgedrückt, mit Kochsalzwasser gemischt und einem gesunden Pferde injiziert. Das Serum desselben diente dann als Heilmittel zur Einimpfung von Leprakranken. Sechs Kranke sind mit diesem Serum behandelt, zwei schienen einen Nutzen davon zu haben. Die Injektionen sind schmerzhaft und haben in einem Falle unmittelbar schwere Symptome hervorgerufen. Ein Versuch mit dem Serum von CARRASQUILLA hat in einem Falle ein negatives Resultat gegeben.

BARILLON: Nach dem Serum von CARRASQUILLA traten bei zwei Kranken in Algier bemerkenswerte Temperatursteigerungen, Schwindel, Schweifse, Schmerzen im Kopf und in den Gelenken, eine grofse Depression ein. Bei einem Falle stellte sich nach Wiederholung der Injektion eine noch stärkere Reaktion mit Cyanose und Asphyxie ein. Der eine Kranke erhielt 12 Injektionen mit im ganzen 91 ccm Serum, der andere sechs mit 21 ccm Serum. Ein Erfolg konnte nicht verzeichnet werden.

DOUTRELEPONT: Die Therapie leistet nichts. Örtliche Besserung bringt Erfolg, aber keinen dauernden. Jedenfalls mufs man bei der Beurteilung grofse Vorsicht walten lassen.

UNNA: Die Allgemeinbehandlung hat keinen Nutzen. Einzelne Symptome kann man durch innere Mittel beseitigen. Gegen Ödeme und Cyanose wirkt Ichthyol, Strychnin. Die Neurolepriden werden durch die örtliche Behandlung beeinflufst. Die Pigmentflecke bessert das Einreiben von Pyroloxin. Die Cutisleprome können nur durch Ätzmittel beseitigt werden, wobei aber die Wahl des Ätzmittels nicht gleichgültig ist. Die Salpetersäure hat keinen Einfluſs auf die Bacillen, dieselben wuchern gleich wieder; ebenso ist es mit der Essigsäure. Die Kaliumbehandlung mit Kalium causticum und Sapo viridis ää beeinflufst die Cutisleprome und die hypertrophischen Formen am besten.

DEHIO: Serum nach CARRASQUILLA hat er durch Benutzung des Blutes frischer Leprakranken vom Pferde gewonnen. Die Reaktion des letzteren auf die Injektion des menschlichen Serums ist eine sehr geringe; örtliche Reaktion ist überhaupt nicht beobachtet. Er hat 19 Lepröse mit dem Serum behandelt, darunter 15 mit Lepra tuberosa. Injektion zweimal wöchentlich mit 1—2—3—20 ccm; Aussetzung jeder anderen Therapie. Die Allgemeinreaktion der Kranken bestand manchmal in einem Fieberanfall, der 24 Stunden dauerte; lokal trat zuweilen eine Infiltration auf mit Rötung und Schmerzhaftigkeit. Die Versuche wurden zwei Monate fortgesetzt. Die Erfolge waren rein negativ. Nachschübe und Verschlimmerungen kamen vor.

ARNING: Nach einer Injektion von 3 ccm Serum trat bei einem sehr schweren Fall eine auffallende Besserung ein. Am dritten Tage stellte sich Fieber ein mit Knotenausbruch und Verschwärung des Vorhandenen ohne nachweisbare Kokken. Die Verschwärungen heilten schnell, das Körpergewicht stieg in 19 Tagen von 47 auf

53 Kilo. Nach der ersten Injektion stellte sich Schlaf ein, der seit zwei Jahren nur durch Morphium zu erzielen gewesen war. Auch nach den folgenden beiden Injektionen trat am dritten Tage Fieber ein. Auch die Schleimhautgeschwüre heilten, die seit zwei Jahren bestehende Aphonie besserte sich erheblich. Nach der fünften Injektion mit 5 ccm einer frischen Serumsendung wieder Fieber, dieses Mal am vierten Tage. Dieses Fieber schwand aber nicht wieder, der Kranke kam schnell wieder herunter und bald war das Körpergewicht wieder zur alten Höhe herabgesunken. — Es war der Erfolg schliefslich doch ein negativer.

Brieger: Die Behandlung von zwei Leprösen mit dem Carrasquillaschen Serum war ohne Resultat, trotzdem bei einem Kranken bis zu 95 ccm in drei Wochen injiziert waren. Aufser Fieber wurde nach den Injektionen auch Ausbruch von Urticaria beobachtet. Wie sollte überhaupt eine Wirkung erwartet werden? Sind Toxine oder Antitoxine im Serum des Kranken vorhanden? Wird das Serum nicht sehr schnell nach der Injektion vom Pferde wieder ausgeschieden? Man mufs doch bedenken, dafs es auch Bakterien giebt, die keine Toxine bilden. Auch alle anderen Heilmittel haben bei der Lepra im Stich gelassen.

Carrasquilla: Die Erfolge, die er in seiner Heimat mit dem Serum erzielt hat, sind so günstig, dafs er die Kranken als geheilt betrachtet, wenn man überhaupt von einer Heilung bei der Lepra sprechen darf.

Neisser: Eine ganze Menge von Mitteln rufen Reaktionen im Körper hervor, die Besserung im Gefolge haben. In diese Kategorie zählt auch das Serum. Mit vorübergehendem Erfolg hat er auch Injektionen mit Europhen und Jodoform bei Lepra gemacht. Auffallend ist die starke Reaktion aller Leprakranker auf geringe Mengen Jod. Es besteht eine eigentümliche Idiosynkrasie der Leprösen gegen Jod die nicht recht verständlich ist.

Kalindero: Die Darreichung des rohen Petroleums in einer Menge von 2 g pro die giebt ermutigende Resultate. Er hat die in seinem Lande (Rumänien) käufliche Sorte benutzt und stellt diese jedem zur Verfügung, der Versuche in dieser Richtung machen will.

Ehlers: Es scheint, als ob die Injektionen des Serums normaler Pferde dieselben Resultate geben würden wie diejenigen des Serums von Carrasquilla. Haslund haben Quecksilberinjektionen gute Dienste geleistet, aber später traten wieder Recidive ein.

Dehio: Das Kochsche Tuberkulin gab auch zuerst gute Resultate, aber später blieben die Rückfälle nicht aus.

von Petersen: Es ist nicht nur wichtig, was wir anwenden, sondern auch wo wir es anwenden. Im Lepraasyl hilft alles, da bessern sich die Kranken bei jeder Therapie, da sie unter besseren hygienischen Verhältnissen leben, sich besser ernähren.

Am Abend dieses Tages hatte die Berliner dermatologische Gesellschaft eine Festsitzung in dem schönen Langenbeckhause zu Ehren der Leprakonferenz veranstaltet, zu der die Eingeladenen gerne erschienen waren. Lassar eröffnete dieselbe mit einer Begrüfsungsrede, die in ein Kaiserhoch ausklang. Darauf ergriff Lesser das Wort zu einer Festrede „Geschlechtskrankheiten und Volksgesundheit." Er führte etwa folgendes aus:

Wenn die Geschlechtskrankheiten, der Tripper, der weiche Schanker und die Syphilis auch nicht so schwere Erscheinungen machen wie die Lepra, so sind sie doch viel mehr verbreitet und deshalb für die Volksgesundheit von gröfster Bedeutung, vielleicht von noch gröfserer als die Lepra. In den letzten Jahrzehnten hat man

immer mehr die Wichtigkeit des Trippers einsehen gelernt, nachdem man die Folgeerkrankungen bei der Frau und die vielen Komplikationen erkannt. Auch die Gefahr der Syphilis ist früher unterschätzt, besonders die syphilitischen Erkrankungen der inneren Organe haben nicht genügend Beachtung gefunden. Für die Beurteilung der Schädigung der Krankheiten müßte man ihre Verbreitung feststellen; das stößt aber auf viele Schwierigkeiten. Dieselbe ist verschieden in den verschiedenen Ländern und in den verschiedenen Ständen. Auch die Verschiedenheit der Krankheiten ist wichtig. An der Blennorrhoe kann man wiederholt, an der Syphilis nur einmal erkranken; der weiche Schanker hat als meistens rein lokales Leiden die geringste Wichtigkeit. Von der städtischen Bevölkerung ist fast 80 % der Männer blennorrhoisch infiziert. Die Statistik von Erb und Blaschko giebt für die Syphilis schon große Zahlen an, die aber wahrscheinlich die Wirklichkeit noch nicht erreichen. In vom Verkehr abgelegenen Gegenden, so in manchen Dörfern Rußlands, auf den Marschallinseln ist die Verbreitung der Syphilis eine ungeheure. Zum mindesten ist jeder zehnte Mensch mit Syphilis infiziert. Die daraus entstehenden socialen Schäden sind groß, besonders beim verheirateten Manne. Die erhebliche Schädigung der Volksgesundheit durch Blennorrrhoe und Syphilis verlangt dringend eine Einschränkung dieser Leiden. Diese ist aber bei ihnen leichter erreichbar als bei vielen anderen Infektionskrankheiten. Natürlich bedarf es vorher einer genauen Kenntnis der Verbreitungswege. Bei der Blennorrhoe ist die Verbreiterin direkt und indirekt nur die Prostitution. Die Syphilis wird auch durch andere Berührungen übertragen, da das Krankheitsgift an jeder beliebigen Stelle des Körpers reproduziert wird, besonders oft im Bereiche des Mundes. Es giebt Gegenden, in denen die Syphilis überhaupt keine Geschlechtskrankheit mehr ist. Die letzte Quelle ist aber auch hier die Prostitution, wenn auch die Kette der Verbindungsglieder oft eine längere ist. Die Prostitution ist deshalb als Hauptquelle der Geschlechtskrankheiten anzusehen und in Angriff zu nehmen. Die Assanierung der Prostitution wird die Frequenz der Syphilis vermindern, wie die Kanalisation der Städte die Erkrankungsziffer für Typhus herabgesetzt hat. Die Frage, ob der Staat zur Kontrolle der Prostitution das Recht hat, ist nicht zu diskutieren. Er hat sogar die Pflicht diese Volksseuche anzugreifen. Die Geschlechtskranken schädigen den Staat, indem sie die Vermehrung des Volkes schädigen durch Blennorrhoe und Syphilis. Welche Maßregeln sind nun nötig? Ohne Zwang kann hier nichts ausgerichtet werden. Die Vorbedingung ist die Reglementierung der Prostitution. Auf die Frage der Kasernierung hier einzugehen, hält Reder für übrig, das ist eine sekundäre. Dabei müssen die verschiedenen Verhältnisse in den verschiedenen Städten berücksichtigt werden. Die heutige Ausführung der Reglementierung ist eine durchaus ungenügende. Eine Besserung ist nötig. Der wichtigste Teil ist die ärztliche Untersuchung. Die Abolitionisten bekämpfen dieselbe als der Würde des Weibes widersprechend. Demgegenüber ist an Quarantäne und Untersuchung bei anderen Infektionskrankheiten zu erinnern. Eine jede Prostituierte ist ein gefährliches Individuum und muß sich die Untersuchung gefallen lassen. Die Zahl der für die Untersuchung angestellten Ärzte ist eine zu geringe. Die Untersuchung wird zu wenig gründlich und zu selten ausgeführt. Nicht überall sind auch die Ärzte genügend für diese Untersuchung ausgebildet; dieselben müßten Assistenten in einer entsprechenden Klinik gewesen sein. In Straßburg werden die Untersuchungen durch den Direktor der dermatologischen Klinik ein bis zweimal wöchentlich ausgeführt; die als krank befundenen werden gleich zurückbehalten. Die günstigen Erfolge sind nicht ausgeblieben. Die Erkrankungsziffern der Garnison sind heruntergegangen von 13 % auf 2 %. Dabei sprechen die Grenzverhältnisse dort in ungünstigem Sinne mit. Erforderlich ist ferner die Behandlung

in Krankenhäusern mit sachverständiger Behandlung. An den Verhältnissen in Berlin beleuchtet Redner die in dieser Richtung vorhandenen Mifsstände. Als krank befundene Prostituierte wurden wegen Raummangel freigelassen. Alle Abteilungen für Geschlechtskranke müssen von einem sachverständigen Arzt geleitet werden. Die Prostituierten müssen innerhalb der Krankenhäuser von anderen geschlechtskranken Frauen getrennt werden. Auch auf die Behandlung anderer geschlechtskranker Personen mufs mehr Aufmerksamkeit verwendet werden. Die entgegenstehenden Bestimmungen in Krankenkassen-Statuten, die gefängnisartige Einrichtung der Krankenhäuser müssen beseitigt werden. Ein Fehler ist die Zurücksetzung der Kranken auf diesen Abteilungen. Blaschko hat recht, wenn er sagt, dafs die meisten legislatorischen Mafsnahmen in raffiniertester Weise darauf abgesehen zu sein scheinen, die Geschlechtskrankheiten zu verbreiten und zu vermehren. In Skandinavien sind die Zustände am besten; hier wird jeder unbemittelte Geschlechtskranke ohne weiteres im Krankenhause aufgenommen. Ein Fehler ist es auch, dafs ein Teil der Ärzte mit den Geschlechtskrankheiten zu wenig vertraut ist; es besteht keine Prüfung, keine Verpflichtung für Studierende, über Sexualleiden zu hören. Es sind daher nötig: bessere Krankenhäuser, Beseitigung socialer Erschwerungen, Hebung der Ausbildung der Ärzte. Rufsland, Italien, Rumänien, Österreich, Skandinavien haben in dieser Beziehung bessere Einrichtungen als Deutschland. Mindestens mufs auf jeder Universität eine Klinik oder Poliklinik vorhanden sein. Wichtig ist endlich die Informierung des Publikums über die durch die Geschlechtskrankheiten bedingten Gefahren.

An diesen Vortrag schlofs sich die durch Lassar erfolgte Publizierung der Ernennung von Virchow, Neumann, Kaposi, Besnier zu Ehrenmitgliedern der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, ferner die Vorführung von Projektionsbildern durch Lassar etc.

Fünfter Tag.

Die Tagesordnung umfafste folgende Fragen:

1. Die Isolierung der Aussätzigen und die dazu erforderlichen Mafsregeln.
2. Die beste Einrichtung der Leproserien.
3. Die Gründung von Lepragesellschaften.
4. Die Frage der Errichtung eines permanenten internationalen Comités.

Der Sitzung wohnte zum Teil der Reichskanzler bei, der auch Gelegenheit nahm, der Konferenz in einigen Worten für die eifrigen Beratungen den Dank der deutschen Regierung auszusprechen.

Hansen: Wenn die Gelehrten auch in vielen Punkten uneinig sind, so ist das für die Frage der Ausrottung der Lepra ohne Einflufs. Da ist allein die Erfahrung wichtig. In Norwegen bestand in den vierziger Jahren schon für Lepra ein Hospital; 1847 kam dann noch die Pflegeanstalt in Bergen hinzu, 1861 zwei weitere, sodafs 700—800 Leprakranke aufgenommen werden können. Anfangs bestand kein Zwang, aber die Leprösen kamen haufenweise. Bei den schlechten Einrichtungen und der Überfüllung war damals die Mortalität eine ungeheure durch sekundäre Infektionskrankheiten, sodafs die Leprösen hier früher starben als zu Hause. Das besserte sich aber später. Man konnte sicher feststellen, dafs, wo Isolierung stattfand, die Lepra

abnahm, wo keine stattfand, sie zunahm. Ein Übel war früher, daſs nach norwegischer Sitte die Armen von Haus zu Haus, von Dorf zu Dorf wanderten und so leicht die Lepra, an der sie vielfach litten, verschleppten. 1878 wurde das Wandern der Armen verboten, dieselben muſsten in der Heimat versorgt werden; soweit sie leprös waren, wurden sie in Anstalten gesteckt. Das galt als groſse Barbarei. Auch andere Lepröse, die die gegebenen Vorschriften nicht befolgen wollten oder konnten, wurden zwangsweise auf Beschluſs der Behörden in Anstalten untergebracht. Redner reist selbst alljährlich umher, hält Vorträge über Reinlichkeit und Isolierung der Leprösen für Gesunde. Die Leprösen wollen niemals anerkennen, daſs sie ihren Mitmenschen gefährlich werden können. Deshalb muſs man sich an die Gesunden wenden, damit diese in Erkennung der Gefahr die Leprösen zum Eintritt in Leproserien drängen, weil sich alle von ihnen zurückziehen, sie nicht einmal Dienerschaft bekommen. Jetzt ist es in Norwegen soweit, daſs nur 700 Lepröse vorhanden sind, gegen 3000 in früherer Zeit. Redner hat ausgerechnet, daſs im Jahre 1920 keine Leprösen in Norwegen vorhanden sein werden. Jeder Lepröse muſs angezeigt werden, das besorgen in Norwegen die Bezirksärzte. Wichtig für die Durchführung der Lepragesetze ist die Qualität der Ärzte. Sind Lepröse zu Hause, so muſs man von ihnen verlangen, daſs sie ihr eigenes Bett und womöglich ihr eigenes Zimmer haben, ferner eigenes Tischgerät. Dieses und die Wäsche müssen besonders gewaschen werden. Die Erziehung zur Reinlichkeit ist die Hauptsache. Nur wegen der dort herrschenden Reinlichkeit hat die Lepra in Nordamerika keine Ausbreitung gefunden. Wo die Vorschriften nicht befolgt werden, müssen die Kranken in Isolierungsanstalten kommen. Die Einrichtung kann eine ganz einfache sein, ebenso die Verpflegung, da die Leprösen von Hause aus gewöhnlich keine feinere Kost gewöhnt sind. Das für Leproserien angelegte Geld trägt reichlich Zinsen. Die Begründung eines internationalen Comités ist übrig. Es genügt die Erfahrung für Memel. Wenn man die Kranken in Memel isoliert, wird man in Deutschland bald mit der Lepra fertig werden.

Dehio: In Livland, das auch reich an Lepra ist, wurde dieselbe zuerst im Anfange dieses Jahrhunderts beobachtet. E. v. Bergmann hat zuerst auf die Bedeutung derselben hingewiesen, genauere Forschungen hat später v. Wahl anstellen lassen, besonders durch Hellat. 1885—87 waren mindestens 270 Lepröse in Esthland und Livland vorhanden, die Zahl ist in zehn Jahren auf 500—600 gestiegen. Die Mittel zur Gründung von Leproserien waren schwer zu beschaffen; es bildete sich eine Gesellschaft zur Sammlung von Geldmitteln zur Bekämpfung der Lepra. Durch Beiträge, Schenkungen, Stiftungen seitens der Ritterschaft wurden schon 1890 gegen 20000 Mark aufgebracht. Es wurde 1890 bei Dorpat die erste Leproserie für 124 Betten gegründet, 1892 folgte die zweite, 1896 die dritte. Der Livländsche Landtag zahlt seit 1895 für die Kranken Verpflegungsgeld. Solche Gesellschaften können Gutes stiften, Interesse erwecken, aber zu energischen Maſsregeln gehört entschieden Staatsunterstützung. In diesem Jahre wird noch eine vierte Leproserie für 100 Betten gegründet. Zur Zeit sind etwa 160—170 Kranke isoliert. Ein Erfolg ist in Bezug auf einen Rückgang der Krankheit noch nicht zu merken, aber dazu ist der Kampf auch noch zu jungen Datums. Fraglich ist, ob es genug ist solche Leproserien einzurichten, oder ob es nötig ist zwangsweise die Kranken einzuliefern und zurückzuhalten. Die Lepragesellschaft fürchtet, daſs der Zwang die Anstalten unpopulär machen wird. Freiwillig kommen die Kranken allerdings nicht. Es muſs das Volk darüber aufgeklärt werden, daſs jeder Lepröse gefährlich ist, damit die Gesunden einen Druck auf die Leprakranken ausüben und sie zum Eintritt in die Leproserien drängen. In diesen Beziehungen sind aber die Verhältnisse in jedem Staate andere.

Besnier: Wenn man sich erinnert, daſs der Hansensche Bacillus das pathogene

Agens ist, daſs die Vererbung ein fast zu vernachlässigender Faktor ist, daſs die unmittelbare oder mittelbare Ansteckung die Hauptrolle spielt, daſs die Kontagiosität sehr schwankt nach Zeit, Ort, Menschen, dann hat man die essentiellen Momente beisammen, welche der Medizin, den Regierungen, den Kommunen die Basis für eine sichere Prophylaxe geben. Die daraus für die Hygiene, die Sanitätspolizei, die Sociologie sich ergebenden Schlüsse sind etwa folgende: 1. Verbesserung des Loses der Leprösen; individualisierende und energische Behandlung derselben durch alle bekannten äuſseren und inneren Mittel. 2. Isolieren und hospitalisieren derjenigen, deren Berührung infizieren kann, so oft es ausführbar ist. Desinfektion und Verband der bacillären Herde und Kontinuitätstrennungen. Impfung mit Kälberlymphe. 3. Obligatorische Desinfektion der Kleider, der Wäsche etc. 4. Organisation der ärztlichen Überwachung und Inskription. Schutz der Kinder gegen infektiöse Berührungen etc. 5. Aufklärung aller Interessierten auf jede mögliche, geeignete Weise über die Art des Schutzes gegen die Infektion, und Abfassung von populären Instruktionen betreffs Reinlichkeit, des wichtigsten Schutzes in allen Lepraländern. 6. Schaffung leprologischer Institute mit offiziellem Unterricht in der Leprologie überall, wo es nötig ist, Ärzte für Leprabehandlung auszubilden. 7. In jedem Falle Ergreifung von Maſsnahmen entsprechend den besonderen Lebensbedingungen in der betreffenden Gegend und der Virulenz und den Kontagiositätsbedingungen. 8. Keine gesetzliche Maſsnahme zur Verhütung der Heirat, sei es in Lepragegenden oder nicht, sei es zwischen Leprösen oder zwischen Leprösen und Gesunden. 9. Durchführung aller notwendigen Eingriffe unter Leitung eines kompetenten Arztes mit gesetzlicher Festigkeit, aber ohne Verletzung der Prinzipien der Freiheit des Menschen und der Humanität.

Kirchner: In Deutschland ist kein Seuchengesetz vorhanden; auch im alten preuſsischen Regulativ ist die Lepra nicht erwähnt, aber es ist darin gesagt, daſs sich die Vorschriften auf ansteckende Krankheiten überhaupt erstrecken. Auf Grund desselben konnte in Preuſsen vorgegangen werden. Es wurde 1892 zuerst eine öffentliche Belehrung erlassen; Januar 1897 wurde die Anzeigepflicht eingeführt. Danach sind einige Fälle auſserhalb Memels zur Kenntnis gelangt. Der Physikus von Memel wurde nach Berlin zu einem Kursus über Lepra geschickt. Eine Kommission machte eine Reise nach Rufsland, um die dortigen Maſsnahmen gegen die Lepra an Ort und Stelle zu studieren. Die Isolierung läſst sich auf Grund des § 16 des Regulativs durchführen. Dieselbe können auch die Polizeibehörden allein bestimmen ohne Berücksichtigung der Sanitätskommission, was das Verfahren vereinfacht. Nötig ist auch die dauernde Überwachung der Leprösen, deshalb werden die Leprösen alle 6 Monate durch den Physikus untersucht. Ferner ist für die nächste Zeit eine Durchsuchung des ganzen Kreises Memel geplant. Besondere Aufmerksamkeit muſs man den Grenzen zuwenden. Von den 17 Ortschaften des Memeler Kreises, in denen Lepra gefunden ist, liegen 14 im Grenzbezirk. Trotzdem sollen im benachbarten russischen Gouvernement Kowno nur zwei Lepröse vorhanden sein. Die Überwachung der Grenze kann auf Grund des § 15 des Regulativs geschehen; derselbe gestattet, Leprösen die Reisepässe zu verweigern. Leider werden allerdings die Grenzstationen vielfach umgangen. Die Isolierung muſs bei allen statthaben, die im Sekret Bacillen haben, wenn sie zu Hause nicht in Verhältnissen leben, die eine Ansteckung ausschlieſsen. Die Häuser werden auf Staatskosten errichtet, Bedienung und Ärzte bezahlt der Staat, ebenso die Kosten für diejenigen, welche aus polizeilichen Gründen isoliert werden. Alle übrigen Kosten für die Unterhaltung der Kranken sind von diesen selbst oder von ihren Ortsbehörden zu tragen. Die Sorgen für die verlassene Familie will der Staat nicht übernehmen, da der Finanzminister fürchtet, dann auch bei anderen Krankheiten in Anspruch ge-

nommen zu werden, so bei der Tuberkulose. Hier sollen Lepragesellschaften eintreten nach Analogie der russischen. Diese sind allerdings zu weit gegangen, haben dem Staate zuviel abgenommen.

THIBIERGE: Die Prophylaxe der Lepra in ganz oder fast leprafreien Ländern kann in der Praxis nur in sehr abgeschwächten Maßnahmen bestehen. Die sanitäre Untersuchung aller aus verseuchten Ländern Kommenden ist aus einer Menge von Gründen unpraktisch. Sie müßte beschränkt werden auf gewisse Kategorien suspekter Personen: auf Soldaten, die aus Lepraländern heimkehren, Seeleute, Kolonialbeamte. Als leprös erkannte Individuen müßten von den Heimatsbehörden den centralen Sanitätsbehörden gemeldet werden, welche mit der Prophylaxe der Lepra vertraut sind. Die obligatorische Anzeigepflicht und Isolierung ist unpraktisch. Okklusivverbände, Zerstörung gebrauchter Verbände, Desinfektion der Kleidung können auch zu Hause durchgeführt werden. Sie ersetzen die Isolierung.

EHLERS: In Island ist man im Begriff, das norwegische Gesetz einzuführen. Vielleicht wird selbst die Trennung der gesunden Kinder von ihren kranken Eltern bewirkt werden.

M. v. BERGMANN: Die Leproserien müssen komfortabel eingerichtet sein, damit die Leprösen den Aufenthalt in denselben für das Leben vorziehen. Jede Familie, deren Haupt in eine Leproserie gebracht wird, muß, am besten durch Lepragesellschaften, unterstützt werden. Die Stadt Riga hat die Leproserie ganz aus eigenen Mitteln errichtet. Auch Privatkranke sind in dieselbe eingetreten. Von den 60 Kranken derselben sind $^2/_3$ Frauen. Kein Zwang darf in den Anstalten vorhanden sein; dieselbe muß den Charakter eines Krankenhauses und Asyls tragen.

CEDERHOLM: In Schweden ist das System freiwilliger Isolierung eingeführt. Dadurch ist die Zahl der Leprösen von 100 auf 36 reduziert. Die Kranken können nach eigenem Belieben in das Asyl eintreten und dasselbe verlassen.

HALLOPEAU: Es giebt in Paris keine autochthone Lepra; nichtsdestoweniger vermehrt sich die Zahl der Leprösen, die gewöhnlich aus den Kolonien kommen, von Jahr zu Jahr. Die obligatorische Anzeige für Kranke in der Stadt, die Isolierung der in Krankenhäusern befindlichen, soweit sie in gemeinsamen Sälen untergebracht sind, ist notwendig.

PETRINI DE GALATZ: In Rumänien zählt man jetzt 208 Lepröse, darunter 133 Männer und 75 Frauen. Nach dieser Konferenz wird die Regierung wohl auch Vorkehrungen gegen die Ausbreitung der Krankheit treffen.

BLASCHKO: Aus den Ausführungen KIRCHNERS ist ihm aufgefallen die ausschließliche Bekämpfung der Lepra durch die Polizeibehörde ohne Befragung der Sanitätskommission. Er hält das nicht für richtig. Falsch ist es auch, zur Fürsorge für die Familien die private Wohlthätigkeit heranzuziehen. Wenn der Staat die Isolierung verlangt, muß er auch für die Familie sorgen. Die Isolierung ist nicht der einzige Weg. Sie ist nur am Platze, wo die Lepra in Herden auftritt. Wo sie sich vereinzelt findet, ist sachliche Behandlung und Unterbringung im Hospital ausreichend.

RAYNAUD: Unter den eingeborenen Muselmännern und Israeliten in Algerien ist die Lepra außerordentlich selten, hierin liegt gar keine Gefahr. Dagegen wandern in Algerien fortwährend Lepröse aus Europa, besonders aus Spanien ein. Man zählt jetzt 40 Fälle. Deshalb wäre es dort nötig, die neu aus durchseuchten Gegenden Einwandernden zu inscribieren und zu überwachen und auch die dort schon Ansässigen der Überwachung zu unterwerfen.

Es folgte noch eine spezielle Diskussion über die HANSENschen Thesen und andere eingelaufene Anträge. Das Endergebnis derselben ist in meinem ersten Bericht wiedergegeben.

Zum Schlufs sei noch der mit der Konferenz verbundenen wissenschaftlichen Ausstellung gedacht, die hauptsächlich Photographien, Abbildungen und Moulagen (BESNIER, LASSAR) enthielt, aber auch sonst sehr viel Anregendes bot.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 22. (10.) Oktober 1897.

(Originalbericht von A. JORDAN-Moskau.)

1. Dr. SPERANSKI stellt einen 41jährigen Patienten mit **Lepra** vor, welcher bereits unter dieser Diagnose vom Landschaftsarzt MUNKEWITSCH in die Moskauer dermatologische Klinik geschickt worden ist. Patient stammt aus einer bisher als leprafrei geltenden Gegend Rufslands, dem Gouvernement Smolensk, welches er angeblich nie verlassen haben will. Die klinischen Erscheinungen, bestehend in Infiltration der Supraorbitalbögen, speziell des rechten, ferner einem etwa wallnufsgrofsen Leprom des linken Ellenbogens und einer unbedeutenden Pigmentation des Körpers, fallen nur wenig ins Auge, obgleich Patient schon zwei Jahre krank sein soll. Die Untersuchung des Nervensystems ergab eine beginnende Anästhesie der erkrankten Partien. Die Diagnose wurde durch den Befund zahlreicher Leprabacillen sowohl in der Haut, als auch im Blut (nach der Methode TSCHERNOGUBOW) sichergestellt. — Auf dem harten Gaumen finden sich syphilisähnliche Plaques. Die Behandlung besteht augenblicklich in subcutanen Sublimatinjektionen, jedoch ist sie noch von zu kurzer Dauer gewesen, um ein Urteil über dieselbe zu fällen. Zum Schlufs giebt SPERANSKI der Hoffnung Ausdruck, es möge das Gouvernement Smolensk genauer auf die vorhandene Zahl der Leprösen wie die Infektionsquelle untersucht werden.

POSPELOW rühmt die bequeme und schnelle Handhabung der TSCHERNOGUBOWschen Methode zum Nachweis der Leprabacillen im Blut (cf. *Arch. f. Derm.* 1895, Bd. XXXI. pag. 241) und spricht die Vermutung aus, dafs möglicherweise das Leprom am linken Ellenbogen der Ort gewesen ist, von wo eine Infektion mit Lepra zu stande gekommen ist.

2. Dr. ORLOW spricht „**über die Diagnose des Lichen ruber acuminatus Hebrae**“ und stellt den bereits auf dem letzten internationalen Kongrefs hierselbst demonstrierten Kranken vor, bei dem KAPOSI — Lichen ruber acuminatus, die meisten anderen — Pityriasis pilaris DEVERGIE diagnostizierten. Der 36jährige Patient soll vor 14 Jahren im Anschlufs an einen Schreck erkrankt sein und befindet sich jetzt bereits zwei Jahre in der Moskauer dermatologischen Klinik, wo er anfangs mit Thyreoidin, später längere Zeit mit subcutanen Arsenikinjektionen und endlich mit Jodkalium behandelt wurde, ohne dafs sich eine nennenswerte Besserung konstatieren läfst.

Auf die Frage von Dr. SHIWULT nach dem Allgemeinzustand des Patienten giebt ORLOW an, dafs derselbe ein guter ist und nur der ständig verlangsamte Puls (44—64) anzuführen wäre. — POSPELOW erwähnt zunächst, dafs der Fall sich jetzt insofern wesentlich von dem Bilde unterscheidet, welches er bei seinem Eintritt darbot, als er damals mit Schuppen übersät war und jetzt derselben fast entbehrt, so dafs die

Diagnose anfangs grofse Schwierigkeiten machte. Das histologische Bild zeigt eine ausgesprochene Parakeratose und spricht somit für eine Pityriasis rubra pilaris. Pospelow hebt sodann das interessante Faktum hervor, dafs auf dem letzten Kongrefs Kaposi den Fall für Lichen ruber acuminatus, die Franzosen und andere für Pityriasis pilaris Devergie erklärten, so dafs es den Eindruck machte, als ob beide Krankheiten identisch wären. Sicher ist, dafs sie etwas Gemeinsames haben, aber dafs sie ganz dasselbe sind, läfst sich im Augenblick wenigstens noch nicht sagen. Arsenik als diagnostisches Hülfsmittel anzusehen, hält P. nicht für richtig, da wir Lichenfälle sehen, wo es hilft, und andere, wo es nicht hilft.

3. Prof. Pospelow spricht über **„Morsura unguium als Symptom einer Asphyxie locale des extrémités."** Das Benagen der Fingernägel sieht man allgemein als eine üble Gewohnheit der Kinder an, derentwegen sie gescholten werden. Aber auch Erwachsene leiden bisweilen an dieser Gewohnheit. Pospelow konnte stets bei Individuen mit dieser „üblen Gewohnheit" kalte, feuchte und blaue Hände konstatieren. Auf näheres Befragen gaben die meisten an, dafs ein unbestimmtes, unangenehmes Gefühl in den Fingerspitzen sie zwinge, die Nägel zu benagen. Pospelow ist daher der Ansicht, dafs es sich nicht um eine schlechte Gewohnheit, sondern um das Symptom einer lokalen Asphyxie der Hände handele. Im Anschlufs hieran demonstrierte er die Moulage einer Hand, wo die Nägel fast bis zur Lunula abgenagt waren.

Dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

(Sitzung vom 19. November 1896.)

1. **Ein Fall von Lupus und Erysipel**, von Schwimmer. Das zur Zeit sichtbare Leiden der 14jährigen Patientin besteht seit ihrer Kindheit. Im Verlaufe von Jahren entwickelten sich allmählich nach Vereiterung von Drüsen daselbst hypertrophische Narben. Zur Zeit bestehen auf dem Nasenrücken und Nasenflügeln, auf der linken Gesichtshälfte, hinter dem linken Ohr hypertrophierte Narben, die teils exulceriert sind. Dieser Fall bietet insofern ein Interesse, indem sich bei dem Mädchen kurz nach Aufnahme auf die Krankenabteilung ein Erysipel entwickelte, welches vier Wochen anhielt, das Erysipel aber in den lupösen Stellen gar keine Veränderungen hervorrief.

2. **Ein Fall von Initialsklerose der Tonsille**, von Schwimmer. Der 14jährige Schüler bemerkte sein Leiden vor 3 Wochen. Auf dem Reste der Tonsille, welche vor einem Jahre geschnitten wurde, entwickelte sich ein Geschwür, die Submaxillardrüsen schwollen mächtig an. Die Untersuchung des Patienten ergab ein infiltriertes, mit einer Kruste bedecktes Geschwür auf dem rechten Nasenseptum. Dies scheint die eigentliche Primärläsion zu sein, der Nasenschleim hatte wahrscheinlich die Tonsille infiziert, auf welcher ein hellergrofses speckigbelegtes Geschwür sichtbar ist. Auf dem ganzen Körper eine dichte Roseola.

Justus hat bei dem Kranken, der einige Einreibungen machte, seine Blutuntersuchungsmethode versucht, der Hämoglobingehalt nahm aber nicht ab, welchen Umstand er darauf zurückführt, dafs die syphilitischen Erscheinungen bereits in Zurückbildung begriffen waren. — Marschalkó erwähnt zwei Fälle, die er im Auslande gesehen hat und welche illustrieren, wie schwer es ist, in manchen Fällen extragenitale Sklerosen zu diagnostizieren, wo das Exanthem noch nicht vorhanden ist. Der eine Fall betraf einen Arzt, der eine Tonsillarsklerose acquirierte, die Diagnose aber auf Carcinom gemacht wurde. Der Arzt wurde auch operiert und ist der Operation zum Opfer gefallen. In dem anderen ähnlichen Falle, wo auch Carcinom angenommen wurde, war bereits der Operationstag bestimmt, da stellte sich das

Eruptionsexanthem ein, welches die Diagnose rektifizierte. — Basch hatte in letzter Zeit Gelegenheit, einen Kranken zu sehen, der seine Sklerose durch einen Coitus praeternaturalis acquirierte. — Török macht die Bemerkung, dafs die extragenitale Infektion bei der Arbeiterklasse nicht häufig vorkommt. — Vajda beobachtete eine Tonsillarsklerose bei einem kleinen Mädchen, welches durch seinen Bruder infiziert wurde. — Nékám fragt Prof. Schwimmer, welcher Zeitraum zwischen der Nasensklerose und der Tonsillarsklerose des vorgestellten Falles verstrichen ist, denn nach Barthélemy kann nur in einem gewissen Zeitraume der Schankereiter ein und dasselbe Individuum infizieren. Aufserdem fragt er, ob Sch. solche Infektionen beobachtet hat, welche auf ärztliche Eingriffe zurückzuführen sind. — Schwimmer bemerkt, dafs in diesem Falle das Virus gewissermafsen in ein und derselben Zeit die Nase und Tonsille infizierte. Durch ärztliche Eingriffe hervorgerufene Infizierungen hatte er öfter gesehen. — Justus bemerkt zur Frage der Inkubationsdauer, dafs Deutsch einen Fall beobachtete, bei dem 4 Wochen nach Entwickelung der Sklerose durch Inokulation des Buboneneiters auf den Oberschenkel an Stelle der Inokulation sich eine Sklerose entwickelte.

3. **Der Fall von Lichen papulo-oedematosus,** der von Schwimmer in einer der vorigen Sitzungen vorgestellt wurde, wird abermals vorgestellt. — Sarbó (als Gast) hatte Patienten bereits vor 2 Jahren auf Rónas Abteilung untersucht, damals dachte er an eine progressive Paralyse. Was nun den Fall in neurologischer Hinsicht anbelangt, untersuchte er denselben in letzter Zeit auf der Abteilung von Schwimmer und konnte gar keine Zeichen der progressiven Paralyse entdecken. In letzter Zeit beobachtete er einige Fälle von Paralysis progressiva, deren Anfang mit einem Pruritus begonnen; in allen diesen Fällen war derselbe ein progressiver. In der Litteratur ist davon nichts zu finden. Dafs diese Beobachtung nicht beschrieben wird, mag die Ursache sein, weil der Kranke wegen seines Pruritus in der Regel erst den Dermatologen und erst später, wenn der Juckreiz bereits nachliefs, den Neurologen zuging. Er fafst diesen Pruritus als kortikales Symptom auf, der durch Reizung der kortikalen Zellen hervorgerufen wird. — Török fafst die Erkrankung des Patienten als eine lichenoide auf. — Róna hatte Patienten vor 2 Jahren auf seiner Abteilung und machte die Diagnose auf universellen Pruritus mit konsekutiver Lichenifikation.

4. **Ducrey-Kreftingsche Schankerbacillenpräparate von einem „Chancre mixte“,** von Deutsch. Das eingestellte Präparat ist von dem Eiter eines sogenannten gemischten Schankers genommen und zeigt zahlreich die typischen Ducreyschen Bacillen. In der Litteratur hat zuerst Krefting, bald Buschke über derartige mikroskopische Befunde berichtet. Er selbst beobachtete bereits den fünften derartiger Fälle. Diese Untersuchungen sprechen nicht nur makro-, sondern auch mikroskopisch für die Annahme von Rollet eines „Chancre mixte“.

5. **Ein Fall von Hydrocele communicans funiculi spermatici,** von Feleki. Der 17jährige junge Mann bemerkt seit seiner Kindheit eine Hodengeschwulst, deren Gröfse zur Zeit zwischen einem Taubenei und Gänseei variiert. Diese Geschwulst hat die Richtung des Samenstranges und scheint nach oben abgeschlossen zu sein, ist von weicher Konsistenz, fluktuiert und ist durchsichtig, in der Mitte zeigt sich eine Einschnürung, wodurch die Geschwulst einer Sanduhr ähnlich ist. Es besteht also eine Hydrocele des Samenstranges, welche bezüglich des Verhaltens zur Bauchhöhle von Interesse ist. Die Volumveränderung der Geschwulst ist nämlich mehrmals des Tages zu beobachten, und zwar geschieht das nie plötzlich, sondern oft Stunden lang, die Geschwulst ist entweder ganz zusammengefallen oder derartig prall, dafs sie dem Kranken Beschwerden und Schmerzen beim Gehen verursacht. Die Flüssigkeit kommuniziert also direkt mit der Bauchhöhle, und zwar durch Vermittelung einer sehr

schmalen Öffnung. Derartige Fälle sind in der Litteratur wenig verzeichnet. Was die Therapie anbelangt, möchte er zuerst mit einer methodischen Kompression versuchen und erst dann die Operation vorschlagen.

Alapi hält die Diagnose nicht für ganz entschieden. Er konnte zwar eine Geschwulst, wie hier solche bei einer Hydrocele bilocularis, mittelst Rectaluntersuchung nicht durchtasten. Daraus aber, dafs man eine abgeschlossene Geschwulst nicht konstatieren kann, ist noch nicht eine Hydrocele bilocularis auszuschliefsen. Er hält die Operation für indiziert. — Feleki hat ebenfalls auf eine Hydrocele bilocularis untersucht, hat dabei aber die Impression, es mit einer Hydrocele communicans zu thun zu haben. Er ist gegen die Operation, denn dieselbe ist nicht so gefahrlos, wie sie geschildert wird.

6. **Ein Fall von Gumma nasi**, von Justus. Der 26jährige Patient bemerkt seit 3 Wochen eine Volumzunahme der Nase. Daselbst ist eine nufsgrofse, dem Knochen aufsitzende braunrötliche, scharfumschriebene dichte Infiltration zu tasten. Die syphilitische Infektion hat vor 1½ Jahren stattgefunden.

7. **Ein Fall von Erythema nodosum bei einem syphilitischen Individuum**, von Justus. Die 30jährige Patientin leidet seit circa 3 Jahren an Syphilis. Seit kurzer Zeit traten bei ihr auf beiden unteren Extremitäten zahlreiche erbsengrofse bis nufsgrofse, rotbläuliche, auf Druck schmerzhafte Knoten auf. Er möchte bei dieser Gelegenheit die Aufmerksamkeit darauf lenken, dafs hauptsächlich die französische Schule dem Erythema nodosum ähnliche Knoten mit der Syphilis in kausalen Zusammenhang bringt, indem von diesen einzelne im Verlaufe sich als Gummata repräsentieren. Obzwar bei diesem Falle das vorläufig nicht zu konstatieren ist, möchte er doch den Zusammenhang der Knoten mit der Syphilis nicht ganz ausschliefsen, umsomehr, als durch einige Tage versuchte Jodkaliumtherapie der Prozefs sich auffallend rasch zurückbildet.

8. **Ein Fall von Initialsklerose auf dem Unterarme**, von A. Aschner. Die 23jährige Frau meldete sich vor einigen Tagen in der Poliklinik mit der Beschwerde, dafs sie bereits seit 2 Monaten auf den Geschlechtsteilen einen Ausschlag hat. Bezüglich ihres Leidens giebt Patientin an, dafs sie von einer Nachbarin, mit derselben in Streit geraten, in der Hitze des Gefechtes in den Unterarm gebissen wurde. Nach einigen Tagen bildeten sich an dieser Stelle zwei Bläschen, die sich stets vergröfserten und bald zerfielen. Auf einer chirurgischen Klinik wurde die Wunde ausgelöffelt und mit Jodoform behandelt. Patientin wurde daselbst mit der Diagnose „Caro luxurians" im Journale geführt. Dieselbe ist seit 2 Jahren verheiratet, hat ein gesundes Kind. Die Untersuchung ergiebt nun, dafs auf der äufseren Seite und unterem Drittel des linken Unterarmes eine kronengrofse, aus dem Niveau der Haut emporragende kreisrunde, in der Mitte eingesunkene, am Rande wallartige, kupferbraune, knorpelharte Infiltration zu tasten ist. Auf dem ganzen Körper dichte Roseola, auf beiden Schamlippen hypertrophierte Papeln, die Schleimhaut ist intakt. Die Drüsen im allgemeinen zeigen keine besondere Veränderungen. Es besteht also eine recente Syphilis, deren Eingangspforte die auf dem linken Unterarm noch jetzt sichtbare Induration war, die alle Charaktere der syphilitischen Sklerose zeigt, nebstdem konnte eruiert werden, dafs die beifsende Frau ebenfalls an recenter Syphilis leidet. Auffallend ist in diesem Falle, dafs die regionären Drüsen, also hier die cubitalen oder axillaren Drüsen, keine Infiltration zeigen, wie wir das sonst zu beobachten pflegen. Es bestehen aber bereits viele Beobachtungen, welche in dieser Beziehung abweichen, was auch bei diesem Falle zu konstatieren ist. Der Fall ist also in einer Beziehung interessant, weil die extragenitale Infektion eine äufserst seltene Lokalisation hat, andererseits ersehen wir, dafs die extragenitale Infektion in noch ziemlich vielen Fällen nicht er-

kannt wird, was natürlich sowohl für den Patienten als auch für seine Umgebung nicht gleichgültig ist, die Behandlung des Arztes sich aber dadurch einer ganz anderen Richtung anpafst.

9. **Über einen neuen Nährboden für Gonokokkenzüchtung** hält Csillag (als Gast) einen Vortrag mit Demonstrationen von Reinkulturen. Der von ihm dargestellte Nährboden besteht aus schwach alkalischem Menschenfleisch-Glycerin-Agar. Das Menschenfleisch entnahm er von noch nicht in Fäulnis übergegangenen Leichen. Die Versuche mit diesem Nährboden waren recht zufriedenstellende. Das untersuchte Material war sowohl dem männlichen als auch dem weiblichen Genitaltrakte entnommen; die Infektionszeit war von 5 Tagen bis 3 Monaten; in allen Fällen, 47 an der Zahl, konnten die Gonokokken mikroskopisch nachgewiesen werden. Von diesen 47 Fällen gaben Strichkulturen 29 (61,48%) positives und 18 (38,52%) negatives Resultat. Er verglich nun die Impfungen mit anderen Nährböden, speziell mit Harn-, Cysten-, Ascites-Agar und dem Pfeifferschen Blut-Agar und konnte sich überzeugen, dafs diese hinter dem Menschenfleisch-Glycerin-Agar stehen, denn in mehreren Fällen ergaben die ersteren in derselben Zeit beschickten Nährböden ein negatives Resultat, auf letzterem gingen dennoch Gonokokkenkulturen auf. — Die Fortimpfung von Nährboden auf Nährboden geschah in 36 Fällen, und zwar in 35 Fällen mit positivem Resultat, in einem Falle bis zur 10., in einem anderen Falle bis zur 14. Generation. Auch in dieser Beziehung überflügelte Menschenfleisch-Glycerin-Agar die anderen Nährböden. — Das Wertheimsche Plattenverfahren versuchte er auch mit obigem Nährboden bei einigen Fällen von Urethralblennorrhoe, das Resultat war ein stets negatives. *A. Aschner-Budapest.*

Amerikanische Dermatologische Vereinigung.

21. Jahresversammlung, abgehalten zu Washington am 4., 5. und 6. Mai 1897.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. August 1897.

Der Vorsitzende Dr. James C. White-Boston hält eine **Ansprache über die Entwickelung der amerikanischen dermatologischen Vereinigung**, der ältesten nationalen auf der ganzen Welt. Er betont den Einfluss, den dieselbe auf die Entwickelung der dermatologischen Disziplin überhaupt und insbesondere in den Vereinigten Staaten gehabt habe. Was im Laufe von 2 Decennien durch die Gesellschaft geleistet worden ist, wird in ebenso eindringlichen Worten hervorgehoben wie das, was noch in der Zukunft geleistet werden mufs. Er bedauert, ohne die Verdienste des *Journal of cutaneous diseases* schmälern zu wollen, dafs zur Gründung und Unterhaltung einer ausschliefslich dermatologischen Zeitschrift in den Vereinigten Staaten keine hinreichenden Mittel verfügbar seien.

Dr. J. N. Hyde-Chicago spricht über einen **Beitrag zum Studium der Hautblutungen** und beschreibt einen Fall bei einem jungen Menschen, der an Hautblutungen scheinbar spontanen Ursprunges litt. Einige derselben bestanden 6 Monate lang. Gelegentlich ergab die Untersuchung des Blutes eine Verminderung des Hämoglobins um 55% und der Erythrocyten um nahezu 65%. Der Vortragende wirft einen Rückblick auf die in der Litteratur unter verschiedenen Bezeichnungen, wie blutige Stigmata, blutiger Schweifs, Blutschwitzen etc., publizierten Arbeiten. Aus denselben geht hervor, dafs spontane Blutungen von einem oder vielen Punkten der Haut gleichzeitig oder nacheinander hervortreten können, und zwar entweder als das Resultat krankhafter Veränderungen in der Blutflüssigkeit selbst, oder als eine Folge von Erkrankungen anderer Organe, so besonders der Nervencentren, der Milz, Leber und der Nieren.

Dr. VAN HARLINGEN-Philadelphia berichtet über **4 Fälle von hysterischer Dermatoneurosis.** An den Vortrag knüpft sich eine sehr lebhafte Diskussion. Dr. DUHRING bemängelt die etwas vage Bezeichnung „hysterische Dermatoneurose", die bezüglich des Charakters des Ausschlages vollständig im Unklaren lasse. Er stimme mit dem Vortragenden darin überein, dafs die hysterischen Hautaffektionen nicht immer artificiell sein müfsten, wie man dies mehrfach angenommen hat, weil sie artificiellen Ausschlägen ähnlich sähen. Er sei überzeugt, dafs viele hysterische Excoriationen, die artificielle Eruptionen vortäuschten, wirklich nervösen Ursprunges gewesen sind. — Dr. P. A. MORROW glaubt ebenfalls, dafs die Bezeichnung „hysterisch" ein etwas zu dehnbarer Begriff sei, um die Natur einer Hautaffektion genügend prägnant zu kennzeichnen. — Dr. BRONSON: Es ist eine bekannte Thatsache, dafs starke psychische Eindrücke im stande sind, Veränderungen auf der Haut hervorzurufen, so das Erröten, Aufrichten der Haare, kalte Hände und Füfse, Erscheinungen, die rasch vorübergehen. Seltener und auffallender ist der erythematöse Ausschlag im Gesichte und an den oberen Teilen des Stammes bei sehr sensitiven Leuten, besonders bei jungen Frauen. Hierher gehören auch das plötzliche Ergrauen der Haare und verschiedene trophische Veränderungen der Haut, die in mehr oder minder engeren Zusammenhang mit psychischen Eindrücken zu bringen sind. Ein sehr bekanntes Beispiel von Hautstigmata ist der Fall Louise Lateau, die DEVERGIE genau beobachtet und zum Gegenstande eines eingehenden Berichtes gemacht hat. — Excoriationen bei Hysterischen brauchen nicht immer artificiellen Ursprunges zu sein. — Dr. FORDYCE beschreibt Fälle von Purpura, bei welchen das Plasmodium der Malaria gefunden worden ist. — Dr. MONTGOMERY teilt einige interessante Fälle von Hauterscheinungen mit, die auf Einflüsse vom Nervencentrum aus zurückzuführen sind.

Dr. P. A. MORROW-New York: **Zwei Fälle von Naevus linearis mit Bemerkungen über das Wesen und die Nomenklatur desselben.** Die charakteristischen Merkmale der Affektion fafst der Vortragende in folgenden Sätzen zusammen: 1. Lineäre Verteilung in Form von deutlichen Streifen oder Linien. In einigen Fällen sind die Bänder parallel, in anderen strahlenförmig mit Verästelungen und Verzweigungen. Der Auschlag scheint in gewissen Fällen dem Verlaufe bestimmter Nervenbezirke oder der VOIGTschen Linien zu folgen; in anderen kann eine solche Beziehung nicht nachgewiesen werden. 2. Unilateraler Charakter. 3. Papilläres oder verruköses Aussehen. In Ausnahmefällen erscheinen die Efflorescenzen in Form von abgeflachten, lichenoiden oder schuppigen Papeln, die an Ekzem oder Psoriasis erinnern. 4. Die Affektion ist kongenital und bricht gewöhnlich in den ersten Monaten nach der Geburt aus, vereinzelt erleidet der Ausbruch der Erscheinungen einen Aufschub bis ins Jünglingsalter. 5. Sensible Störungen sind meistens vorhanden, namentlich wenn äufsere Reize einwirken. 6. Die Affektion kann an Ausdehnung zunehmen, stationär bleiben, spontane Involution eingehen oder ausnahmsweise einen bösartigen Charakter annehmen. — Die Krankengeschichten zweier Fälle dienen zur Illustration des Gesagten.

Dr. H. G. KLOTZ-New York: **Starke Lösungen der Ichthyolgruppe bei akuten und chronischen entzündlichen Zuständen der Haut.**

Diskussion. Die Dres. BRONSON, BULKLEY, ALLEN stimmen darin überein, dafs wir im Ichthyol eins der wertvollsten Mittel gegen Krankheiten der Haut besitzen.

Über das Wesen der Xanthome spricht Dr. S. POLLITZER-New York. Die Ansichten der Autoren bezüglich der Natur der Affektion sind sehr geteilt. Es rührt dies wahrscheinlich daher, dafs verschiedene Autoren die Affektion in verschiedenen Stadien derselben untersucht haben, und dafs die verschiedenen Formen des Xanthoms nur als verschiedene klinische Manifestationen desselben Krankheitsprozesses angesehen worden sind. Der Vortragende hat seine histologischen Studien an 13 Fällen gemacht,

von denen 5 Xanthoma palpebrarum, 4 Xanthoma tuberosum und 4 Xanthoma diabeticorum waren. Die Gründe, weshalb klinisch das Xanthoma palpebrarum zu trennen ist vom Xanthoma multiplex, sind folgende: Die Knoten des multiplen Xanthoms sind feste, runde erhabene Papeln; beim Xanthoma palpebrarum hat man weiche Plaques im Niveau der Haut; dieselben persistieren das ganze Leben hindurch, während die ersteren früher oder später eine Involution eingehen. Das Augenlid-Xanthom ist eine ganz gewöhnliche, das multiple eine sehr seltene Affektion. Histologisch ist das Augenlid-Xanthom eine Neubildung, welche auf eine Degeneration präexistierenden, embryonal dislocierten Muskelgewebes zurückzuführen ist. Die sog. Xanthomzelle ist ein Muskelfaserfragment im Zustande körnig-fettiger Degeneration mit Proliferation der Muskelzellkerne. Die Struktur des multiplen Xanthoms ist eine andere. Hier trifft man einen scharf umschriebenen Tumor in der Cutis an, der eine irritative Hyperplasie des Bindegewebes darstellt, dessen Zellen einerseits fibröses Bindegewebe produzieren, andererseits fettige Degeneration eingehen. Beim Xanthoma diabeticorum spielt sich derselbe Prozefs ab, nur herrscht hier die Neigung zu fettiger Degeneration vor. In über 85% der publizierten Fälle von multiplem Xanthoma bestand entweder Diabetes oder irgend eine ernste Erkrankung der Leber gleichzeitig mit Ikterus. In wie weit diese und noch andere Krankheiten wie der chronische Rheumatismus, ätiologisch mit der Entwickelung des multiplen Xanthoms zusammenhängen, bleibt noch zu untersuchen.

Dr. Hyde hält nach seinen Erfahrungen das Augenlidxanthom nicht lediglich für eine lokale Affektion, da es auch an Händen, Ellenbogen und Knieen auftritt. Ätiologisch interessant sei ein Fall, bei welchem eine Frau gegen Parasiten eine starke Sublimatlösung gebraucht habe. Von der Flüssigkeit sei etwas auf das Gesicht getropft. Kurze Zeit darauf entwickelte sich bei der Frau ein Augenlidxanthom. Ein solches habe er auch in einem Falle in Verbindung mit Diabetes beobachtet. — Dr. Shepherd erwähnt einen Fall von Xanthoma multiplex bei einer Frau, die an Gallensteinen und Ikterus litt. Nach operativer Beseitigung des Hindernisses verschwand mit dem Ikterus auch das Xanthom. — Dr. J. C. Johnston berichtet über je einen Fall von Xanthoma diabeticorum und tuberosum. In dem ersteren waren unzweideutige Beweise von Entzündung vorhanden, wie Ödem, Mitosis, Leukocyteninfiltration etc. Dieselben fehlten in dem zweiten Falle. Er halte nicht nur pathologisch, sondern auch klinisch das Xanthoma diabeticorum und tuberosum für ganz verschiedene Affektionen. — Dr. Morrow betont die grofse Neigung des multiplen Xanthoms zu Recidiven. Auch er glaube, dafs das Xanthoma diabeticorum klinisch wie histologisch vom Xanthoma tuberosum zu trennen sei. Jenes kennzeichne sich besonders durch seine rapide Entwickelung und spontane Rückbildung, durch die Festigkeit und Solidität der Läsionen, die gelben Köpfchen der Papeln, das Fehlen streifiger Plaques, durch das Vorhandensein entzündlicher und subjektiver Symptome. Dr. Pollitzer schliefst die anregende, instruktive Diskussion.

Beitrag zur Ätiologie der kongenitalen Ichthyosis, von Dr. J. M. Winfield. Das ichthyotische Kind ist das zweite mit derselben Krankheit behaftete Kind derselben Familie, während fünf andere gesund waren. Die Mutter giebt an, dafs sie sowohl beim ersten wie dem zweiten ichthyotischen Kinde während der Gravidität einen heftigen Schreck durchgemacht habe. Bei der Autopsie des zweiten vom Vortragenden beschriebenen Falles wurde vollständiges Fehlen der Schilddrüse konstatiert. Die histologische Untersuchung der Haut durch Dr. van Cott ergab die gewöhnlichen Veränderungen der Ichthyosis mit Mikroorganismen um die Lymphräume herum. Der Vortragende schliefst aus den Befunden, dafs die Ichthyosis und verwandte Affektionen durch das Fehlen der Schilddrüse hervorgerufen sein könnten und dafs

die Anwesenheit von Mikroorganismen in der Haut demselben Umstande zuzuschreiben sei, da der auf die Entwickelung von Bakterien hemmende Einfluſs der Schilddrüse durch deren Fehlen fortgefallen sei.

Über einen Fall von hereditärer, kontinuierlicher Abstoſsung der Fingernägel spricht Dr. MONTGOMERY-San Francisco.

Dr. FORDYCE-New York: **Über einen Fall von symmetrischer Atrophie der Haut.** Die 45jährige Frau zeigt an den Händen, Ellenbogen, Knien, Knöcheln atrophische Hautstellen, welche von einer dunkelroten Zone dilatierter Gefäſse umgeben sind. Die Atrophie folgte unmittelbar auf eine Hyperämie, welche das primäre Stadium der Affektion zu sein scheint. Der Ausschlag ist genau symmetrisch und hat bis vor kurzer Zeit noch stetig an Ausdehnung zugenommen. Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, daſs die Atrophie sekundär auf eine Entzündung der Haut und des darunter liegenden Bindegewebes erfolgt sei. Eine organische Erkrankung des Nervensystems konnte nicht entdeckt werden. Gleichwohl unterliegt es keinem Zweifel, daſs die Affektion auf eine vasomotorische Störung zurückzuführen sei. (Schluſs folgt.) *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Ätiologie und Pathogenese des Ekzems, von LEREDDE. (*Presse méd.* No. 37. 1897.) Nach der Überzeugung des Verfassers lassen sich gegen die parasitäre Natur des Ekzems gar keine Gründe anführen, wohl aber sprechen eine ganze Anzahl für dieselbe. Das gewöhnliche Ekzem ist der Folgezustand einer Pilzinvasion auf die durch viscerale Störungen oder äuſsere Reize veränderte Haut. Aus dem Rahmen des gewöhnlichen Ekzems schaltet L. alle diejenigen trockenen Formen aus, die in keiner Entwickelungsphase Bläschen aufweisen. Nach L. ist das gewöhnliche Ekzem eine spezifische Affektion; keine andere Dermatose ist aber in so hohem Grade abhängig von lokalen und allgemeinen Bedingungen. Gestützt auf diese parasitäre Natur des Ekzems findet Verfasser die Theorie der sog. Ekzemmetastasen leicht erklärlich.

C. Müller-Genf.

Nephritis infectiosa acuta im Gefolge eines Eccema impetiginosum. Gemeinschaftliches Vorkommen des Staphylococcus aureus und des FRÄNKELschen Staphylococcus im Blut und im Urin, von BARDUEL. (Nach *Annales d. malad. d. org. génito-urin.* No. 2. 1897.) Patient ist ein 6jähriges Kind, von lymphatischen Eltern stammend; eine Schwester ist an Bauchtuberkulose, 2 Jahre alt, gestorben. Das Kind selbst litt jedes Jahr eine bestimmte Zeit lang an einem Eccema impetiginosum der Kopfhaut. Am 14. März 1896, einen Monat vor dem Eintritt in die Klinik von GROCCO erscheint der Ausschlag mit seinem gewöhnlichen Charakter, und sechs oder sieben Tage nach Beendigung dieser Eruption, während nur mehr Krusten und Flecken vorhanden sind, zeigt sich eine auffällige Oligurie (kaum 100 Gramm

Harn in 24 Stunden), Schmerzen in den Nieren, Ödem des Gesichtes, des Stammes und der Beine treten hervor, der Urin wird bluthaltig, trüb, reich an Niederschlägen. Kein Fieber. Zu der Zeit, da das Kind in die Klinik gebracht wurde, ist der Urin wieder ziemlich reichlich: 1 Liter in 24 Stunden. Der Niederschlag enthält viel Blut, 0,2 % Eiweifs, Spuren von Gallenfarbstoff und Urobilin; Harnstoff 12,41 auf das Liter, der Bodensatz zeigt sich bei mikroskopischer Prüfung gebildet aus reichlichen roten Blutkörperchen, sehr vielen Leukocyten, körnigen Cylindern, Epithelien; Nierenepithel. — Die Nephritis acuta dauerte einen Monat. Absolute Milchdiät. Nach zwei Monaten schwand die Nephritis. Interessant waren die Resultate der bakteriologischen Untersuchungen: 1. Im Urin, in der akuten Periode fand man stets den Staphylococcus aureus und den Pneumococcus Fränkels beisammen. Während der Rekonvalescenz schwand der Pneumococcus, dann erst der Staphylococcus aureus. 2. Im Blute, das man einer Vene entnahm, fand man ebenso die beiden Mikrobien vergesellschaftet. *Neuhaus-München.*

Behandlung des Ekzems mit Pikrinsäure, von Gancher. (*Mediz. Ges. d. Paris. Hospitäler.* 21. Mai 1897.) Ausgehend von der elektiven Wirkung der Pikrinsäure auf die Epithelzellen und ihren günstigen Einfluſs bei oberflächlichen Verbrennungen hat G. das Präparat in 1 % wässeriger Lösung auch beim Ekzem angewendet. Er pinselt die kranken Stellen ein, bedeckt sie mit in derselben Lösung getränkter Watte oder Gaze, fixiert den Verband und läſst ihn zwei Tage liegen. Seine Indikation findet das Verfahren ausschlieſslich beim akuten vesiculösen oder nässenden Ekzem, wo der Prozeſs noch oberflächlich, vielleicht auch beim Pemphigus. Die entzündlichen Erscheinungen lassen rasch nach und der Pruritus hört auf. (Natürlich eignet sich die Methode nicht für alle Körperstellen. Ref.)
C. Müller-Genf.

Impetigo, von P. G. Unna. (*Realencyklop. d. ges. Heilkde.* Encyklopädische Jahrbücher VI. 2. Aufl. Urban u. Schwarzenberg. Wien und Leipzig.) In diesem Artikel betont Unna nach einem historischen Überblick gegenüber der Hebraschen Schule die Selbständigkeit des Krankheitsbegriffes Impetigo und giebt die aus seiner Histopathologie bekannte Definition derselben. In diese passen: Impetigo staphylogenes-Bockhart, Impetigo herpetiformis und I. serosa, I. protuberans, I. streptogenes, I. leukofibrinosa, I. multilocularis und vor allem die häufigen I. vulgaris und I. circinata und die in Rügen beobachteten impetiginösen Erkrankungen. Mit Ausnahme der beiden erstgenannten werden gewöhnlich alle anderen Formen unter der Bezeichnung „I. contagiosa" (Tilbury Fox 1872) zusammengefaſst, was Unna nicht billigt, da diese nur der I. vulgaris entspricht. Die epidemisch sich ausbreitenden Formen könnte man als „I. contagiosa" bezeichnen. Besser nennt man sie aber „I. epidemica". — Im folgenden schildert Verfasser die klinischen Bilder der vier Hauptformen und fügt eine vorzügliche Tafel von den mikroskopischen Befunden bei. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bei einem Falle von **Ichthyosis** ergaben W. G. Willoughby (*Lancet*, 30. Januar 1897) genaue Nachforschungen über weitere Erkrankungen in der Familie, daſs von 8 Geschwistern, 5 Knaben und 3 Mädchen, im Alter von 15 Jahren bis 5 Wochen, 4 Knaben erkrankt waren, während die Mädchen von der Hautaffektion verschont blieben. Ebenso waren zwei Schwestern der Mutter und deren Kinder frei, während die Brüder der Mutter und deren Söhne mit einer einzigen Ausnahme affiziert waren. Eltern und Groſseltern gesund. *H. Einhorn-München.*

Inguinale Trichophytie, von Frèche. (*Annales de la Policlin. de Bordeaux.* No. 38. 1897.) Verfasser beschreibt zwei dieser allgemein als für unsere Gegenden

ziemlich selten bekannten Affektion. Die beiden Patienten, welche unter einander keine Beziehungen gehabt hatten, zeigten an den Pubes, dem Perineum, den Oberschenkeln und Achselhöhlen mehrere scharf umschriebene Trichophytieplaques, in denen sich mikroskopisch die typischen Pilze nachweisen liefsen. Trotzdem behaarte Stellen befallen waren, waren die Haare selbst unberührt geblieben. Bemerkenswert ist ferner die geringe Kontagiosität der Dermatose, indem trotz der ehelichen Beziehungen in dem einen Falle keine Ansteckung zu stande gekommen war. — Die Behandlung bestand in der Applikation einer 2%igen Chrysarobinsalbe.

C. Müller-Genf.

Favus und Herpes tonsurans. H. Müller-Zürich stellt drei Mitglieder derselben Familie (Mutter und zwei Kinder) vor, von denen zwei nach dem mikroskopischen Befunde an Herpes tonsurans, das dritte an typischem Favus litten. Bei allen war die unbehaarte Haut befallen (Gesicht, Augenlid, Körper). Die Übertragung war wahrscheinlich von zwei Katzen erfolgt, die mit einem Ausschlage behaftet waren, welchen M. für Favus erklärt. Diese Fälle dienen ihm nun zur Stütze seiner bereits früher geäufserten Ansicht, dafs Favus- und Trichophytiepilz möglicherweise doch identische Parasiten sind. Dem widerspricht aber Heuss, welcher die zahlreichen differentialdiagnostischen Merkmale der beiden Pilzarten aufzählt und erklärt, dafs allerdings in einigen Fällen zur Feststellung der Diagnose die mikroskopische Untersuchung nicht genüge und erst das Kulturverfahren sicheren Aufschlufs zu geben vermöge. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte.* No. 7. 1897.) *C. Müller-Genf.*

Einen Fall von Favus der oberen Augenlider stellte Frick in der Gesellschaft der Ärzte in Zürich vor. Der Knabe hatte sich durch die Hauskatze infiziert. An der Diskussion beteiligten sich: Heuss, welcher auf die Seltenheit dieser Lokalisation im besonderen und auf das viel seltenere Vorkommen von Favus überhaupt in Zürich und der Westschweiz im Gegensatze zu Bern hinweist. Therapeutisch schlägt er vor: Epilation, mechanische Reinigung der Pilzmassen, weifse oder gelbe Präcipitatsalbe (oder nach den neuesten Untersuchungen von Waelsch Borsäure in Glycerinsalben oder wässerigen Lösungen, indem die Borsäure unter den favuspilztötenden Mitteln die erste Stelle einnimmt), eventuell Anwendung eines feinen Galvanokauters. — Steiger warnt vor der Benutzung dieses letzteren, da durch den Narbenzug unangenehme Folgen sich einstellen könnten. — H. Müller, welcher ein gleichzeitig auf der Wange bestehendes Exanthem als Herpes tonsurans ansieht, betrachtet diesen letzteren als mit dem Favus sehr nahe verwandt und stützt sich dabei unter anderem auf einen Fall von Herpes tonsurans, wo der Patient nachträglich an typischem Favus des Scrotums erkrankte. — Heuss betont die fundamentale Verschiedenheit von Favus und Herpes tonsurans. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte.* No. 4. 1897.)

C. Müller-Genf.

Beitrag zur Lehre vom Pemphigus, von Westberg. (*Verhandl. d. V. deutsch. Dermatol.-Kongresses.*) Die Breslauer Schule unterscheidet zwei Hauptgruppen: 1. Pemphigus benignus. 2. Pemphigus malignus. Die Einreihung der Fälle in eine dieser Gruppen soll fast stets von vornherein möglich sein. Es sprechen für Malignität: 1. Primäres oder sehr frühzeitiges Auftreten von Blaseneruptionen auf der Schleimhaut. 2. Leichte, schon auf geringen traumatischen Druck erfolgende Epithelabhebung. 3. Kondylomaähnliche Wucherungen (Pemphigus vegetans). — Der Verfasser berichtet nun aus dem Neisserschen Material über 8 benigne, 15 maligne, 5 dubiöse Fälle. Unter den malignen waren 10 Pemphigus vulgaris, 4 Pemphigus vegetans, 1 Pemphigus foliaceus. Fünf Fälle dauerten weniger als 1/4 Jahr. Alle starben vor Ablauf des zweiten Krankheitsjahres. — Von den benignen Fällen ver-

liefen 3 akut in längstens 6 Wochen, die übrigen dauerten Monate oder Jahre. — Die Schleimhaut war bei den malignen Fällen 6 mal primär, 5 mal sehr früh ergriffen; bei 2 war sie frei geblieben. Von den benignen Fällen zeigte nur einer einmal eine einzige Pemphigusefflorescenz auf der Schleimhaut. Unter den dubiösen zeigten 3 primäre Schleimhautaffektion, bei einem war die Schleimhaut ganz frei. — Die maligne Bedeutung der geringen Widerstandsfähigkeit der Epidermis läfst sich aus diesem Material, welches nur zwei Pemphigus foliaceus enthält, nicht erhärten. — Eine Unterscheidung der Pemphigusfälle in akute und chronische hält Verfasser nicht für praktisch. Neben der Benignität und Malignität ist nur von Bedeutung die Morphologie des Pemphigus. Eine Sonderstellung nehmen zweifellos der Pemphigus foliaceus und Pemphigus vegetans ein. Die Behauptung Kaposis, dafs jeder Pemphigus gelegentlich zu Vegetationen an Kontaktflächen führen kann, ist nicht zutreffend. Diese unbedeutenden Vegetationen sind nicht zu vergleichen mit den grofsen kondylomaähnlichen, sich rapide entwickelnden Wucherungen beim Pemphigus vegetans. — Auffallend stark beteiligt an den schweren Pemphigusfällen sind jüdische Kranke; unter 19 schweren Fällen betrafen 10 Juden. — Von inneren Heilmitteln schienen nur Strychnininjektionen etwas zu leisten. Äufserlich bewährten sich am besten permanente Bäder (mit Kalium permanganicum, Vlemynxsche Lösung), ferner Teer (als Bäder oder weiche Salbe) und Umschläge mit warmer Borsäurelösung. Die Schleimhautaffektionen werden durch Argentum nitricum oder Jodtinktur günstig beeinflufst. Im ganzen leistet die Therapie für die Besserung der Prognose nichts Wesentliches. — Bemerkenswert ist die früher schon beobachtete Entwickelung von Milien ähnlichen Bildungen an den vom Pemphigus befallen gewesenen Stellen. Brocq hat sie als „Pemphigus successif à kystes épidermiques", Halloprau als „Dermatite bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles et kystes épidermiques" beschrieben. Es sind dieses cystisch ausgehöhlte Epidermisküglchen, hervorgegangen aus den Schweifsdrüsen.

Im zweiten Teil der Arbeit berichtet Verfasser über die Rückenmarksbefunde an zwei Fällen: In dem einen fanden sich am unteren Ende des Cervicalteils auf dem Querschnitte im linken Vorderhorn der grauen Substanz minimale Blutungen und Trübungen. In dem anderen sah man im hinteren Teil der Seitenstränge auf dem Querschnitte eine durch graue Färbung auffallende Stelle mit ziemlich deutlicher medianer Streifung. Im oberen Halsmark war nach Müllerscher Härtung eine hellere Färbung in den Gollschen Strängen und der hinteren Wurzelzone sichtbar; die Vorderseitenstränge waren abgesehen von der Grenzschicht und der Randzone blasser als normal. Im oberen Brustmark war die weifse Substanz abnorm hell, im Sacralmark im linken Seitenstrang, in der Randzone der Hinterstränge und in den vorderen Wurzeln der linken Seite. Die nach Weigert-Pal gefertigten Präparate zeigten sich an diesen Stellen heller gefärbt, mit Karmin stärker gerötet. Der Farbenveränderung entspricht ein mäfsiger Faserausfall mit Vermehrung der Glia. — Die Befunde entsprechen denjenigen anderer Autoren. Eine pathogenetische Bedeutung kommt ihnen kaum zu. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pemphigus neonatorum, von Hauck. (*Der ärztl. Praktiker.* 1897. No. 6.) Verfasser will einen Pemphigus neonatorum benignus und malignus unterscheiden. Er hat drei Epidemien gesehen; bei zweien war nur eine Hebamme beteiligt. Er rät das Leiden ernst zu nehmen, Eichenrindenbäder (500,0 in 4 Liter ½ Stunde gekocht) und Dermatolstreupulver anzuordnen. Nach dem Bade wird das Kind, ohne abgetrocknet zu werden, in Watte gewickelt. Die Hebamme mufs baden und Kleider wechseln. Dreimal sah Verfasser Ansteckung der Mutter, einmal Ansteckung von vier Familienmitgliedern. — Der Vater eines der an Pemphigus neonatorum erkrankten Kinder war Friseur; ein Kunde von ihm erkrankte an Impetigo contagiosa und in-

fizierte Frau, Dienstmädchen und Kind; sodann trat die Impetigo auch in anderen Häusern auf. Verfasser vermutet, dafs der Ansteckungsstoff von Pemphigus neonatorum und Impetigo contagiosa derselbe oder wenigstens ähnlich ist. (Sehr wenig begründete Vermutung. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Akuter Pemphigus, von M. Eden Paul. (*Lancet*, 13. Februar 1897.) Frau mittleren Alters erkrankte plötzlich an einer heftigen Dermatitis mit Fieber. Auf der geröteten und entzündlich infiltrierten Haut des Stammes und der Extremitäten zahlreiche, zum Teil konfluierende Blasen von $^1/_2$—$1^1/_2$ Zoll Durchmesser. Heilung nach circa 10 Tagen. In einem zweiten Falle traten bei einem 2 Monate alten Kinde die Pemphigusblasen fast gleichzeitig mit einem Ekzem des Gesichtes und der behaarten Kopfhaut auf. — Heilung. *H. Einhorn-München.*

Jón Jonsson hat in den Jahren 1893—94 in Iceland eine Epidemie von **akutem Ekzem des Gesichtes** beobachtet, von welchem besonders junge Personen und Kinder ergriffen wurden. Viele der letzteren zeigten aufserdem schwere Dermatitis mit Bildung grofser Blasen am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes. Die beiden Erkrankungen — Gesichtsekzem und Pemphigus des Körpers — waren augenscheinlich von einander unabhängig; die meisten dieser Fälle endeten letal. — Weiterhin berichtet Jonsson (*Lancet*, 13. März, 1897) über einen **akuten Pemphigus**. Zahlreiche, stellenweise konfluierende Blasen auf der ganzen Körperoberfläche von 1—$1^1/_2$ Zoll Durchmesser. Beide Scapularregionen in grofser Ausdehnung (18 : 10 cm) vollständig von der Haut entblöfst. Ebenso die Inguinalgegend. Temperatur 38,5—41,0° C. Puls 100—130. Behaarte Kopfhaut stark ergriffen, mehrere Bläschen auf der Zunge, Pharynx frei. Vollkommene Heilung nach 18 Tagen. *H. Einhorn-München.*

Pemphigoide Eruption bei Syringomyelie. In seiner Klinik stellte Campana einen Patienten vor mit einer symmetrischen Verdickung der Epidermis an dem Daumen, Mittel- und Ringfinger beider Hände. Aufserdem bestehen an diesen Stellen pemphigusartige Blasen. Motilität und Sensibilität erlosch, nur die kalorische Sensibilität ist erhalten. C. nimmt eine centrale Ursache für diese Dermatose an und verlegt den Sitz derselben in die centralen Teile des Rückenmarks (Syringomyelie). (*Rif. med.* No. 31. 1897.) *C. Müller-Genf.*

b. *der Cutis.*

Fall von Pemphigus vegetans, von Herm. Ludwig. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1897. No. 12.) Ein 34 Jahre alter Fischer erkrankt mit Erscheinungen einer Blennorrhoe. Das Sekret enthält keine Gonokokken. Der Präputialsack und ein Teil der Glans ist wund, mit übelriechendem Eiter bedeckt. Bald darauf entwickelt sich in der linken Inguinalgegend eine bogenförmige, scharf begrenzte, weiche, secernierende Wucherung, die nässenden Papeln ähnelte. Die Urethritis wie diese Wucherungen trotzten anfangs allen Heilbestrebungen. Das Endoskop ergab in der Urethra in der Mitte der Pars pendula zwei linsengrofse, leicht blutende, epithellose, rundliche, mit grauem Belag bedeckte Stellen, umgeben von einem roten Hof; sonst war die Urethra normal. Verfasser leitete eine antiluetische Kur ein, applizierte auf die Wucherungen Sublimatalkohol und Kalomel. Es trat ein Rückgang aller Erscheinungen ein; alles überhäutete, so dafs eine Heilung eingetreten schien. Nach zwei Monaten stellten sich aber wieder Wucherungen, daneben Bläschen an verschiedenen Körperstellen ein; auch die Schleimhaut des Mundes wurde ergriffen. Patient ging allmählich unter Verfall der Kräfte zu Grunde. — Es handelt sich um einen Pemphigus vegetans, der das Besondere bietet, dafs die ersten Erscheinungen in der Urethra auftraten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans, von NEUMANN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 8.) Seit der ersten Publikation des Verfassers über Pemphigus vegetans vor über 10 Jahren sind im ganzen 41 Fälle mitgeteilt. Der Ausgang war stets ein schlechter, wenn auch ein protrahierter Verlauf vorkommt. — 2 neue Fälle teilt Verfasser hier mit, die das charakteristische Bild zeigen: Blasen, Excoriationen, papilläre Vegetationen. — Temporäre Heilung trat bei dem Falle von C. MÜLLER und UNNA nach energischer Applikation von Jodtinktur, bei dem Falle von KÖBNER nach chirurgischer Behandlung und Anwendung von Jodtrichlorid ein. Dabei mufs man aber bedenken, dafs auch spontane Remissionen vorkommen, indem die Wucherungen überhäuten. Das antiseptische Verfahren dürfte von Bedeutung für die Beseitigung der Wundsekrete sein, die teils durch Säfteverlust, teils durch Resorption den Organismus schädigen. Bakteritische Ursachen für das Leiden sind nicht gefunden. — Der Pemphigus vegetans unterscheidet sich von den anderen Pemphigusarten durch die Lokalisation (Mundschleimhaut, seltener Genitalien, Achselhöhle, Nasenschleimhaut, Nagelbett), durch die schnelle Entwickelung der Wucherungen und den meistens rapiden Verlauf. Übrigens liegt nicht immer Pemphigus vegetans vor, wenn sich im Grunde geplatzter Pemphigusblasen Wucherungen entwickeln. Die Bezeichnung „Erythema bullosum vegetans" (C. MÜLLER und UNNA) ist nicht berechtigt, da Verfasser niemals erysipelartige, scharf begrenzte, bis flachhandgrofse Erytheme als erstes Symptom gesehen hat. — Eine Tabelle über die publizierten 41 Fälle vervollkommnet die vorliegende Arbeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine neue Form von Akne beschreibt PETRINI (*Presa med. romana*, Dez. 1896) bei 2 Frauen von 30 und 35 Jahren, welche von der Dermatose mit verschiedener Intensität befallen waren. Die Eruption begann als kleine, sehr harte rote Knötchen auf der Nase und deren Umgebung (Wange, Oberlippe) bis auf die Unterlippe und das Kinn. Nach einiger Zeit konfluierten einzelne dieser Knötchen zu 2 Frankenstück grofsen Plaques, die teilweise von Schuppen und Borken bedeckt sind. Diese Krusten bilden sich zum Teil aus dem Inhalt der Bläschen, die auf einigen Knötchen entstehen, zum Teil aus einer vermehrten Sekretion der Talgdrüsen. Dilatation der Ausführungsgänge dieser letzteren sowie zapfenartiges Eindringen der Krusten in die Talgdrüsenausführungsgänge war nirgends zu konstatieren, ebensowenig Telangiektasien oder Narbenbildungen. Die Dermatose ist mit Jucken und Brennen verbunden. *C. Müller-Genf.*

OHMANN-DUMESNIL beschreibt den Verlauf und die Behandlung der **Acne rosacea** in gewohnter Weise. 2 schöne Abbildungen illustrieren einen hervorragenden, kosmetischen Erfolg bei einem mit dem Messer entfernten Rhinophym. (*Tri-State med. Journ.*, St. Louis, Sept. 1896.) *H. Einhorn-München.*

Die Kataphorese als Heilverfahren für Sykosis coccogenes (vulgaris) und parasitaria, von EHRMANN. (*Wien. med. Blätter* 1897.) Zur kataphorischen Behandlung der Sykosis, über die Verfasser ja schon wiederholt berichtet, verwendet er jetzt Ichthyol. Er benutzt als Elektroden Hartgummiglocken mit abnehmbarem Gummiwulst, die durch Bänder befestigt werden. Im inneren befindet sich ein Wattebausch, der mit der 10% Ichthyollösung getränkt ist. Es wird die Kathode auf die kranke Stelle aufgesetzt. Die Wirkung ist nur zu erwarten, solange die Eitererreger noch im Haarbalge sitzen, nicht in das perifollikuläre Zellgewebe eingedrungen sind. Der Kranke bekommt einen am Hals gut anliegenden Kautschukmantel um, die Kathode kommt auf die kranke Stelle, die Anode auf den Arm; langsam einschleichender Strom von 15 M. A.; 10 Minuten Dauer. Die kleinen Eiterbläschen der Sykosis coccogenes müssen vorher angestochen werden. — 12 Fälle von Sykosis hyphogenes sind so be

handelt; längste Heilungsdauer 17 Tage, kürzeste 7 Tage, Durchschnitt 9 Tage. Stets vollkommene Heilung. — Von Sykosis coccogenes kamen 37 Fälle zur Behandlung; Heilungsdauer bis 5 Monate; 5 ganz leichte, umschriebene, beginnende Fälle, die in 14 Tagen heilten, sind nicht mitgerechnet; Durchschnittsdauer 7 Wochen. — Da die Nase hier oft die Quelle, bedarf es oft daneben einer rhinologischen Behandlung. Für das Filtrum narium wurde eine Glocke mit Schlitz benutzt. Auch solche Fälle kamen zur Heilung, die zu schwammiger, papillomatöser Anschwellung geführt hatten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Beitrag zur Epidemiologie des Erysipels, von Ucke. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenkde.* 1897. No. 8 u. 9.) Im Winter 1894/95 herrschte in Warschau eine Erysipelepidemie; nicht allein aus der Stadt, i. e. Garnison, wurden Fälle ins Ujasdowsche Militärhospital geschickt, auch im Hospital selbst kamen zahlreiche Erkrankungen vor. Verfasser stellte daher Untersuchungen nach der Quelle dieser Infektionen an, indem er Untersuchungen des ruhenden Staubes in den einzelnen Zimmern vornahm. In der That wuchsen ihm Streptokokken aus dem Staub, der sich in einer Ventilationsöffnung der Luftheizung vorfand. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Erysipel der Lider, von Mermet. (*Gaz. des Hôpitaux*, Febr. 1897.) Dasselbe ist entweder primär oder sekundär, meist bilateral, zuweilen aber auch unilateral. Verfasser unterscheidet 4 klinische Formen des Liderysipels: 1. das einfache Erysipel der Lider, welches meist das Erysipel des Gesichtes begleitet; 2. das phlyktänöse Erysipel, das eine schwerere Form darstellt und mit Bläschen- oder Blasenbildung einhergeht; 3. das phlegmonöse Erysipel, wobei die Phlegmone diffus oder cirkumskript sein kann; 4. die gangränöse Form. *C. Müller-Genf.*

Pachydermie im Anschluſs an habituelles Gesichtserysipel, von Friedrich. (*Münchener med. Wochenschr.* No. 2. 1897.) In der Einleitung definiert der Verfasser zunächst das Erysipel vom anatomischen Standpunkte aus. Es bestehe aus einer mit starker Verlegung der Lymphgefäſse einhergehenden Infiltration der gesamten Cutis mit vorwiegend serösem Exsudat, das ziemlich reich an Zellen ist. Daraus erklärt es sich, daſs, wenn das Erysipelas abheilt, auch eine völlige Restitutio in integrum der Haut eintreten kann, indem das Exsudat zur Resorption kommt. Dieser Ausgang ist der gewöhnliche sowohl bei den sporadisch auftretenden als auch bei den habituellen Erysipelen. Aber es giebt unter letzteren doch Fälle, in denen die Rückbildung des Exsudats ausbleibt und an die sich Dauerveränderungen der erkrankten Hautpartien anschlieſsen; diese bieten ein besonderes Interesse. Der Verfasser hat drei derartige Beobachtungen gemacht, giebt nun eine genaue Schilderung derselben. Drei analoge Fälle fand er in der Litteratur, reiht sofort deren Krankengeschichten an. In all' diesen Fällen handelt es sich um chronische Verdickungen der von Erysipel häufig ergriffenen Hautpartien, die ihrem Aussehen nach als Elephantiasis Arabum oder Pachydermie bezeichnet werden können. Ihre Entstehung erklärt der Verfasser in folgender Weise: Die normale Resorption des entzündlichen Exsudats nach dem Erysipelanfalle bleibt aus, häufig wiederkehrende Attacken der Krankheit setzen neue Entzündungen in dem noch nicht zur Norm zurückgekehrten Gewebe und durch diese kumulierende Wirkung immer neuer Entzündungsreize in Verbindung mit der durch das Erysipel bedingten Lymphstase wird schlieſslich eine Organisation des Exsudats bedingt. Jedoch darf man nicht etwa so generalisieren: „Die Elephantiasis Arabum ist stets eine Folge von Erysipel", sondern es steht fest, daſs nicht ein Erysipel, sondern eine Lymphangitis, die allerdings nach ihrer klinischen Erscheinung als von erysipelatösem Charakter bezeichnet werden kann, das ausschlaggebende Moment darstellt. — An den unteren Extremitäten, an Scrotum und Vulva hat man

oft im Anschluſs an erysipelatöse Erkrankungen Pachydermien gesehen, doch ist es erstaunlich, daſs im Gesicht, an dem die Zahl der Erysipele und Häufigkeit der Recidive gewiſs eine beträchtliche ist, derartige Verdickungen eine Seltenheit zu sein scheinen. Friedrichs Fälle gehören dazu. Wie schon erwähnt, ist die Lymphangitis ein ätiologisch sehr bedeutsames Moment. Es findet nämlich eine massenhafte Ansammlung und Erfüllung der Lymphgefäſse mit Erysipelkokken statt. Der Grad der Lymphangitis und der durch dieselbe bedingten Veränderungen der Lymphgefäſse, von dem die Bildung des lymphatischen Ödems abhängt, dürfte demnach für die Entwickelung der Verdickungen nach Erysipel maſsgebend sein. — Die Ähnlichkeit der elephantiastisch verdickten Gesichtszüge mit dem Gesichtsausdruck bei Myxödem läſst daran denken, daſs vielleicht nicht rein anatomische Momente der Pachydermie zu Grunde lägen, sondern daſs die Thyreoidea auch hier eine gewisse Rolle spielen könne. — Bei der Betrachtung des klinischen Bildes der angeführten Fälle findet sich eine ausgesprochene Neigung zur Lokalisation der Erkrankung an den Augenlidern, Wange und Oberlippe, während Kopfhaut, obere Stirnhälfte, sowie Unterlippe und Ohren mit Ausnahme des dritten Falles frei von jeder Veränderung sind. Die Erklärung findet sich in dem jeweiligen Sitze der Erysipele. — Eine Thatsache verdient besonders hervorgehoben zu werden, die sich in allen Krankengeschichten wiederfindet: Es ist die Lokalisation der Verdickungen an der Nasenwurzel. Diese ziehen, entsprechend dem Processus nasal. oss. max., direkt zur Wange hin, so daſs die Falte zwischen Wange und Nase unter Wegfall einer Niveaudifferenz zwischen beiden völlig verstreicht. Diese Lokalisation am Nasensattel dürfte geeignet sein, als diagnostisches Kennzeichen für eine im Entstehen begriffene Pachydermie nach habituellem Erysipel zu dienen. *Neuhaus-München.*

Nach den Untersuchungen von Courmont **verleiht das Marmorekesche Serum dem Kaninchen keine Immunität gegen den Erysipelstreptococcus** (*Lyon méd.* No. 17. 1897). Dagegen immunisiert es das Kaninchen gegenüber dem Marmorekschen Serum selbst. C. nimmt daher an, daſs es sich um zwei verschiedene Mikroorganismen handele, die übrigens bei diesem Tiere auch verschiedene Läsionen erzeugen. Auch den Menschen vermag das M.'sche Serum nicht gegen Erysipel zu immunisieren. *C. Müller-Genf.*

Elephantiasis der Haut In der Lyoner Gesellschaft der medizinischen Wissenschaften stellten Prothon und Nové-Josserand einen 15jährigen Patienten mit elephantiastischer Hypertrophie der Haut des ganzen rechten Beines vor. Knochen, Gelenke, Muskulatur waren normal, ebenso waren Lymph- und Blutgefäſssystem unverändert; Haut und Unterhautzellgewebe waren allein an dem Prozesse beteiligt. Es handelte sich also weder um eine filariöse Infektion (da sich der Patient niemals auſserhalb Savoyens aufgehalten hatte), noch um die Besniersche kalte Pseudoelephantiasis, noch um die Virchowsche telangiektatische Elephantiasis. Der Fall nähert sich eher den von Trélat und Monod publizierten, paſst aber genau in den Rahmen keiner der gegenwärtig angenommenen Klassifikationen. (*Presse médicale.* 1897. No. 38.) *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Elephantiasis mit tödlichem Ausgange infolge von recidivierendem Erysipel, von Jagot. (*Arch. méd. d'Angers.* 1897.) Die 54jährige Patientin hatte 17 Jahre lang an einer hochgradigen Verdickung der rechten unteren Extremität (mit Ausschluſs des Fuſses und der Genitalien) gelitten. Seit einigen Monaten wurde sie dreimal von akutem, schwerem Erysipel befallen und erlag dem dritten Anfalle. Die Dimensionen des erkrankten Beines betrugen: am Oberschenkel

68, am Knie 62 und an den Malleolen 76 cm. Die Patientin hatte niemals tropische Gegenden bewohnt, so dafs eine Infektion mit der Filaria sanguinis hominum nicht in Frage kommt. *C. Müller-Genf.*

J. Smith (Manchester) beobachtete eine 38jährige Frau mit typischem **Lichen planus** an den Handgelenken, Handrücken, Vorderarmen und an den Vorderflächen der Schenkel. Diese Patientin bot die merkwürdige Erscheinung, dafs an den von der Eruption frei gebliebenen Stellen nach jedem Kratzeffekt Lichenknötchen auftraten, so dafs zahlreiche, aus Papeln zusammengesetzte, lineäre Efflorescenzen vorhanden waren und hervorgerufen werden konnten. (*Lancet.* 6. März 1897.)
H. Einhorn-München.

Die Stomatitis aphthosa, von Levi. (*Lo sperimentale.* 1896. No. IV.) Unter gewissen Bedingungen (schlechte hygienische Verhältnisse, innere Krankheiten) kommt es, besonders bei Kindern, auf der Mundschleimhaut zu Zersetzungsprozessen, welche der Entwickelung einer Stomatitis aphthosa (durch Vermittelung pyogener Staphylokokken) einen günstigen Boden vorbereiten. Eigentliche Bläschen, wie dies Rilliet, Barthez, Escherich und andere irrtümlich behauptet haben, werden keine gebildet; die Läsion besteht vielmehr in einem entzündlichen Exsudate, welches alle Elemente des Schleimhautgewebes interessieren kann; beim Erwachsenen sind besonders die Follikel von dem Exsudate betroffen, was das vesiculöse resp. pustulöse Aussehen der Affektion erklärt. *C. Müller-Genf.*

Zur Frage der Übertragung von Maul- und Klauenseuche auf Menschen, von Bussenius und Siegel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 50.) Verfasser halten das Vorkommen der obigen Infektionskrankheit beim Menschen für erwiesen, wennschon der Nachweis bei dem Fehlen eines spezifischen Infektionsträgers nicht leicht ist. Sie beziehen sich auf die Berichte über derartige Epidemien in den letzten 25 Jahren und verweisen im übrigen auf längere und genauere Mitteilungen, die anderweitig erscheinen sollen. *F. Hahn-Bremen.*

Einen **Fall von Mykosis fungoides** stellte Dubreuilh in der Société de médecine et de chirurgie von Bordeaux vor. Derselbe zeichnet sich hauptsächlich dadurch aus, dafs das prämykotische Stadium fehlte und die Affektion von vornherein mit dem Auftreten von stark juckenden, infiltrierten, ringförmigen Plaques mit ekzematöser Oberfläche begann. Der Patient hatte zwar früher an Syphilis gelitten, zeigte aber gegenwärtig keine spezifischen Erscheinungen, so dafs D. auf Grund dieses Umstandes und weil die Plaques nicht ulceriert sind, nicht nässen und andererseits stark jucken, Lues ausschliefst. Therapie: Teer, Pyrogallol, kein KJ! — Auf einen Einwurf von Davezac, dafs das Fehlen von Pruritus Lues nicht ausschliefst, antwortete D., dafs er wohl in der sekundären, niemals aber in der tertiären Periode Pruritus beobachtet habe. (*Presse méd.* 1897. No. 18.) *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Granuloma fungoides (Mykosis fungoides Alibert) berichtet Crull im Rostocker Ärzteverein. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 23.) Der 35jährige Patient erkrankte 1894 mit roten Flecken und mäfsigem Jucken. Allmählich bildeten sich ausgedehnte nässende Stellen mit oder ohne vorhergehende Rötung. Mit der Zeit entstanden Erhabenheiten der Haut, dieselben eiterten. Patient zeigte Schwellungen an den Beinen und am rechten oberen Augenlid. Auf der Haut sah man schuppige, Psoriasis ähnliche Stellen, ferner solche, die an Herpes tonsurans erinnern, daneben flache und rundliche bis bohnengrofse Knötchen mit stärkerer Infiltration, ferner weiche Tumoren, die vielfach ulceriert sind. Die ganze Körperhaut ist ergriffen und auch die Oro-Pharyngealschleimhaut zeigte rundliche Erhabenheiten.

Unter mäfsigem Fieber und Verfall der Kräfte ging Patient Januar 1897 zu Grunde. Die Obduktion ergab auch Knoten in Lunge und Nieren. — Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung glaubt Verfasser nicht, dafs es sich bei der Mykosis fungoides um eine Granulationsgeschwulst handelt. Dagegen sprechen: Das Fehlen von Lympho- und Leukocyten, der Mangel eines Exsudats (Weigertsche Methode) auch in den kleinsten Knötchen, die mangelnde Infektiosität. Das Wachstum in Bindegewebe und Fettgewebe entspricht den multiplen Sarkomen der Haut, von denen sich das Leiden aber durch die Neigung zum Vernarben und den gutartigen, d. h. wenig gewebszerstörenden Charakter der inneren Metastasen unterscheidet. — In der Diskussion geht Thierfelder auf die Differentialdiagnose gegenüber der Lepra ein. Wenn er dabei behauptet, dafs bei der Lepra auf dem Capillitium keine Knoten vorkommen, so ist das nicht ganz richtig. Sie kommen vor, aber nur sehr selten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Aktinomykose und Madurafufs, von P. G. Unna. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1897. No. 6.) An mikroskopischen Präparaten kann man erkennen, dafs es sich bei der Aktinomykose um eine Granulation handelt und die Eiterung nur aus vereitertem Granulationsgewebe besteht. Eigentümlich ist diesem Granulom eine besondere Weichheit, bedingt durch Ödem und die Ausdehnung und Proliferation der Blutkapillaren, sowie durch den Schwund des normalen kollagenen Gewebes, Mangel an spindel- und spinnenförmigen Bindegewebszellen und den Reichtum an runden, fortsatzlosen, degenerierten Plasmazellen. Es liegt hier ein Beispiel der hyalinen Degeneration der Bindegewebszellen vor, wie man sie bei allen parasitären Hautleiden und malignen Tumoren findet. Die Eiterung ist bedingt durch den Actinomycespilz selbst ohne Mitwirkung von Eiterkokken. Der Strahlenpilz liegt meistens in einem kleinen Eitertropfen; er wirkt leukotaktisch. Das beweist auch die Unabhängigkeit der Eiterung von Zahl und Gröfse der benachbarten Gefäfse, wie Abhängigkeit von der Gröfse der Drüsen, die selbst oft von Eiterzellen durchsetzt sind. Dafs die Leukocyten in den Aktinomycespilz selbst eindringen, hat Verfasser nicht beobachten können. Niemals findet man Kokken im Centrum der Eiterung, wie bei der Staphylokokkeneiterung. Der kulturelle Befund von Kokken ist nicht beweisend. — Die peripher gelegenen Kolben hält Verfasser nicht für einen Ausdruck der Fortpflanzung, sondern für den Ausdruck der Abkapselung gegen das tierische Gewebe. Das ersieht man an dem Mycetoma des Madurafufses, der auch zu den Strahlenpilzen zählt. Kanthak unterscheidet bei dem Madurafufs drei Stadien. Im ersten umgiebt sich der Pilz mit Rundzellen, im zweiten mit einem sehr gefäfsreichen Granulationsgewebe, während der Pilz degeneriert. Es entstehen strahlenkranzartige, glasige Bildungen und Pigmentansammlungen im umgebenden Gewebe. Im dritten Stadium wandelt sich das Granulationsgewebe um in ein hartes fibröses Gewebe, welches die weiche, flüssige, centrale Masse umgiebt, in deren Mitte die Pilzdrüsen liegen. In beiden Fällen finden wir also ein Durchwuchern des Gewebes ohne Rücksicht auf Blut- und Lymphwege, daher keine Metastasen, ferner die Bildung eines Granulationsgewebes mit hyalin degenerierten Bindegewebszellen mit spärlicher Eiterung, endlich eine Abkapselung des Pilzes durch Bildung eines Strahlenkranzes aus dem degenerierten Pilz. Dagegen sind folgende Unterschiede vorhanden: Der klinische Verlauf zeigt den Madurafufs lokalisierter, gutartiger, chronischer, infolge dessen Pigmentbildung, fibröse Gewebsentwickelung. Das Mycel des Mycetoms ist feiner, tingibel durch Hämatoxylin. Die Kolben wachsen zu grofsen Prismen oder Säulen aus, bilden die Hauptmasse der Drüse. Eine Ähnlichkeit mit Sporen ist nicht vorhanden, wodurch auch die schmächtige Kolbenzone des Aktinomyces alles Auffällige verliert. — Die Strahlenpilzerkrankung in Europa ist keine ätiologische und klinische Einheit; das beweisen die

Litteraturangaben über Gröfse, Farbe und Struktur der Drüsen. Beim Madurafufs unterscheidet man schon eine gelbe, rote und schwarze Varietät. Auch die Tierpathologie lehrt die Verschiedenheit der Strahlenpilzerkrankungen. Das klinische Bild ist oft ein verschiedenes, wie die solitäre Aktinomycesgeschwulst ohne Eiterung, die Bollinger im Gehirne fand, zeigt. Es liegt hier die Sache so wie bei der Trichophytie und dem Favus. Die feinere histologische und kulturelle Untersuchung mufs noch ein Verständnis für die klinischen Differenzen schaffen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pustula maligna des Halses, von Delore. (*Lyon méd.* 1897. No. 24.) Verfasser beschreibt einen typischen Fall dieser Affektion, welcher wegen seines besonders gutartigen Verlaufs bemerkenswert ist. Die Pustel lag in der Gegend der linken Submaxillaris, zeigte eine central gelegene schwarze Borke, einen Kranz von Bläschen und einen entzündlichen rosaroten Rand in der Peripherie. Die Pustel war auf der Unterlage beweglich, die Umgebung (Parotis- und Schlüsselbeingegend) leicht entzündlich geschwollen, einige wenige Drüsen infiltriert. Ohne jede Behandlung und bei erhaltenem Allgemeinbefinden heilte die Affektion in ca. acht Tagen ab.

C. Müller-Genf.

Zur Pathogenese des venerischen Bubo; experimentelle Untersuchungen, von Colombini. (*Atti della r. Academia dei Fisiocritici.* Serie IV, Bd. VIII.) Die Untersuchung des Eiters aus venerischen Bubonen und dessen Inokulation ergiebt zuweilen das Vorhandensein des Ducreyschen Bacillus und zwar entweder sofort bei Eröffnung der erkrankten Drüse oder aber erst einige Zeit nachher. In anderen Fällen ist von Mikroorganismen irgend welcher Art gar nichts nachzuweisen. Eine Einteilung der venerischen Bubonen, nach dem Vorschlage Ricords, in entzündliche und ulcerierte erscheint nicht rationell, weil die spezifische Drüsenaffektion stets von demselben Mikroorganismus verursacht wird und deshalb ihrer Natur nach stets identisch bleibt. Das Vorhandensein des Bacillus in der Drüse braucht übrigens nicht notwendig zur Vereiterung derselben zu führen. Als Ursache des venerischen Bubo dürfen weder die gewöhnlichen Eitererreger noch die toxischen Produkte des Ducreyschen Bacillus angesehen werden. Der venerische Bubo ist vielmehr von vornherein virulent und stets von demselben spezifischen Bacillus erzeugt. Die Thatsache, dafs der Eiter gleich bei der Eröffnung des Abscesses nicht virulent ist und erst später wird, mufs auf den Umstand zurückgeführt werden, dafs der Bacillus im Eiter bereits abgestorben war, während er in den Wandungen der vereiterten Drüse noch lebensfähig war; hier hat ihn Verfasser auch öfters nachweisen können, wenn der Eiter bereits steril war. Wo er überhaupt fehlt, mufs angenommen werden, dafs er seine Entwickelungsphasen bereits alle durchgemacht und seine Virulenz eingebüfst hat.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung der Bubonen mit Hydrargyrum benzoatum, von Adolf Schischa. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 2 u. 3.) Die Welandersche Methode der Bubonenbehandlung mittelst Injektion von Hydrargyrum benzoatum hat sich als Abortivbehandlung nicht bewährt, bedeutet aber nach Erfahrungen in der dermatologischen Klinik zu Graz einen grofsen Fortschritt in der Bubonentherapie. Das Langesche Verfahren hat sich auch bewährt, ist aber mit grofsen Schmerzen verbunden, die der jedesmaligen Injektion folgen. Auch die Welandersche Injektion ist sehr schmerzhaft, aber dieselbe ist selten mehr als einmal notwendig. Es wurde so vorgegangen, dafs, sobald Fluktuation eingetreten, mit dem Bistouri punktiert, der Eiter entleert und die Höhle mit 1%iger Hydrargyrum benzoatum-Lösung gefüllt wurde. Es folgt etwas Massage bei zugehaltener Öffnung, dann Entleerung der inji-

zierten Flüssigkeit; die Injektion wird sofort wiederholt und nach der erneuten Entleerung ohne Drain fest verbunden. Zwei- bis dreistündiger Schmerz, Fieber bis 40° treten meistens ein. Täglicher Verbandwechsel und Spülung mit 2‰ Sublimatlösung. Nur wo die Eiterung länger als sieben Tage dauerte, wurde noch einmal Hydrargyrum benzoatum injiziert, Burowsche Lösung aufgelegt, Breiumschläge appliziert. Die durchschnittliche Heilungsdauer bei 27 Fällen betrug 21,5 Tage. Drei Bubonen wurden schankrös; einer von ihnen heilte erst in 82 Tagen. In diesen Fällen scheinen die Injektionen nutzlos. Dagegen scheinen hier warme Breiumschläge sehr wirksam. Die Welandersche und Langsche Methode ersetzt meistens die Exstirpation der Lymphdrüsen, welche ja manche böse Folge nach sich ziehen kann. In einzelnen Fällen wird die Exstirpation, ebenso wie die breite Incision, nicht zu umgehen sein. Die Punktion und Injektion ist aber jedem andern Eingriffe vorzuziehen, da das Verfahren einfach und relativ schmerzlos ist, die Heilung schneller eintritt, keine nennenswerte Narbe zurückbleibt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Therapie der Bubonen nach Langs Methode, von J. Bukowsky. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 1.) Seit Februar 1895 sind in der Janowskyschen Klinik alle Bubonen mit Ausnahme der strumösen und derjenigen, bei welchen die Haut bereits in ausgedehntem Maſse zerfallen war, nach Langscher Methode behandelt worden. Es waren 115 Fälle (78,8% aller beobachteten Bubonen). In 94 Fällen wurde Heilung erzielt, 17 Fälle erforderten weitere Eingriffe, vier traten bald nach der Aufnahme ungeheilt aus. Es wurde folgendermaſsen verfahren: Reinigung, Punktion mit dem Messer an 1—2 Stellen je nach der Gröſse des Bubo, Injektion von ½—1% Argentum nitricum-Lösung, Massage, Entleerung des Inhalts, aufsaugender Verband. Der in zehn Fällen nach Lang geübte Verschluſs der Wunden mit Jodoformkollodium bewährte sich nicht, da er den Sekretabfluſs hindert. Verbandwechsel nach zwei Tagen. Wo viel Eiter abfloſs, erneute Injektion und Massage, und so fort, bis beim Verbandwechsel nur seröses Sekret abfloſs. Dann genügte Kompressivverband. Bei gröſseren Eiterhöhlen wurde durch die beiden angelegten Öffnungen ein Drain durchgezogen. Die parenchymatöse Injektion wurde nicht angewendet Guten Erfolg gab die Methode auch bei vereiterten Bartholinischen Drüsen. Bei den 17 nicht geheilten Fällen lagen besondere Gründe vor: Entwickelung eines strumösen Bubo, Syphilis, Tuberkulose. Zweimal trat schankröser Zerfall, einmal eine ausgedehnte Phlegmone ein. Die Behandlungsdauer bei den geheilten Fällen betrug 6 Tage (bei 11 Fällen) bis 35 Tage; früher durchschnittlich 36,6 Tage. Die Vorteile der Methode sind: 1. Kurze Behandlungsdauer (Durchschnitt 14,7 Tage gegen 36,6 mit anderen Methoden). 2. Einfachheit der Methode. 3. Geringe Schmerzhaftigkeit der Operation. 4. Unbedeutende, mit der Zeit schwindende Narbe. 5. Definitive Heilung ohne Fistelbildung. — Argyrie ist niemals eingetreten. — In wenigen Punkten weicht Verfasser von Lang ab: Erstens verschloſs er die Öffnung, wie erwähnt, nicht mit Jodoformkollodium. Zweitens fand er, daſs bei der Hälfte der Fälle der Injektion sehr lebhafte Schmerzen folgen. — Zum Schluſs beleuchtet Verfasser die sonst empfohlenen Behandlungsmethoden der Bubonen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Idioneurosen.

Die Behandlung des Pruritus ani mit Kollodium, von D. W. Samways. (*The Brit. med. Journ.* 21. November 1896.) Der Verfasser hat die Beobachtung gemacht, daſs das Jucken in Fällen von Pruritus ani auf die Applikation von einfachem Kollodium sofort für immer oder für 12—24 Stunden aufhört. Er vermutet, daſs der Äther oder der Alkohol, in welchem das Kollodium aufgelöst ist, die Reizung zum

Stillstand bringt und dafs der Abschlufs der Hautpartie gegen die Luft das Wiederauftreten der Reizung verhindert. Auch bei Hämorrhoidalknoten fand Verfasser das Bestreichen derselben mit einfachem Kollodium vorteilhaft.

C. Berliner-Aachen.

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein seltener Fall von Pityriasis versicolor, von E. D. Smith. (*New York med. Journ.* 31. Oktober 1896.) Im allgemeinen nimmt man an, dafs diese Affektion niemals an den Handtellern oder Fufssohlen (Morrow) auftritt. Verfasser berichtet kurz über einen von ihm beobachteten Mann, bei dem dieselbe seit 3 Jahren trotz verschiedentlicher Behandlung bestanden hatte, ohne dafs irgend welche anderen Stellen der Haut beteiligt waren. Die Diagnose wurde durch den Nachweis des Pilzes bestätigt. Nach einigen vergeblichen Versuchen wurde durch Pinselungen mit Jodtinktur (einmal täglich ausgeführt) in wenigen Tagen Heilung erzielt.

Philippi-Remscheid.

Mifsbildungen.

Ein Fall von abnormer Entwickelung des Bartes, von Moritz Schein. (*Pest. med. chirurg. Presse.* 1897.) Verfasser stellte im Ärzteverein zu Budapest einen 36jährigen Mann vor, der die Eigentümlichkeit zeigte, dafs der Schnurrbart an der rechten Hälfte der Oberlippe vollkommen fehlte. Aufser 4—5 Haaren findet man auf derselben nur Lanugo. Bei genauer Prüfung stellt sich dann heraus, dafs die bartfreie Hälfte flacher, dünner ist; beim Spitzen des Mundes bilden sich auf derselben Falten und tiefe Furchen. Es beruht dieses auf einer mangelhaften Entwickelung der rechten Hälfte des Musculus orbicularis. Diese Anomalie ist nach Verfasser auch die Ursache des Fehlens der Haare. Der Fall ist ein Beweis für die Richtigkeit seiner Theorie, dafs die Barthaare sich da entwickeln, wo infolge des Wachstums der Gesichtsmuskeln die Haut besser ernährt wird und das Flächenwachstum ein geringeres ist. In seiner in diesen Blättern berichteten Arbeit brachte der Verfasser schon das Wachstum des Schnurrbarts mit dem M. orbicularis oris in Verbindung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Naevus pigmentosus, von G. Bannerman. (*The Brit. med. Journ.* 31. Oktober 1896.) Die Affektion wurde bei dem jetzt 1 Jahr alten Knaben schon 4 Wochen nach dessen Geburt bemerkt. Die ganze Hautfläche von den Knien aufwärts bis etwa zur Achselhöhlenregion war beiderseits bedeckt von dichtgedrängten, verschieden grofsen, meist glatten, schwach erhabenen, hellbraunen bis elfenbeinfarbenen Flecken. Vereinzelt sieht man solche auch an den Schultern, Vorderarmen, auf dem Kopfe, am linken Ohrläppchen und an den unteren Extremitäten. Am Abdomen zeigen einzelne Efflorescenzen eine warzige Beschaffenheit. Der Naevus hat mit Ausnahme, dafs zahlreiche kleine Flecke noch aufgetreten sind, im ganzen seit seinem ersten Erscheinen weder an In- noch Extensität wesentlich zugenommen.

C. Berliner-Aachen.

Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus, von Leopold Freund. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 10.) Ein 5jähriges Kind mit sehr ausgedehntem tierfellähnlichen Naevus am Rumpf, Hals, oberen Ende des Oberarms, der im Nacken direkt in die behaarte Kopfhaut übergeht, wird vom Verfasser mit Röntgenstrahlen behandelt. Dieselben waren so intensiv, dafs eine in 15 cm Entfernung befindliche Hand in einer Minute photographisch aufgenommen werden konnte. Die Beleuchtung wurde täglich zwei Stunden durch-

geführt. Erst am 11. Tage begann ein Ausfall der Haare am Nacken; dieselben zeigten eine fortschreitende Atrophie der Haarwurzeln. Acht Tage später trat ausgehend von einigen, von Anbeginn vorhandenen Excoriationen am Nacken eine Dermatitis ein, die bald heilte. Nacken, oberer Teil der Schulterblätter wurden ganz frei von Haaren. Ebenso trat vom achten Tage ab Haarausfall ein bei Bestrahlung des untersten Teiles des Naevus. Durch entsprechende Kontrolle wurde festgestellt, dafs der Haarausfall nur auf die Kathodenstrahlen zurückzuführen ist, nicht auf die hochgespannten elektrischen Ströme. Die Anodenstrahlen erwiesen sich als unwirksam. Dünnere Haare fallen früher aus als dicke. — Wichtig ist, dafs die nach 16—22stündiger Exposition eintretende Enthaarung über längere Zeit, 8—14 Tage, noch anhält. — Ob Nachwuchs erfolgen wird, ist noch nicht zu entscheiden. Inwieweit der Haarausfall von der später auftretenden Dermatitis hervorgerufen war, bleibt auch noch dahingestellt. — Verfasser versucht die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut hypothetisch durch Beeinflussung der Haut als eines elektrisch geladenen Körpers zu erklären. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachtrag zu dem Artikel „Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus", von Leopold Freund. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 19.) In dem früher mitgeteilten Falle handelte es sich um ein Kind mit ausgedehntem Naevus piliferus des Nackens und Rückens. Nach 20 resp. 16 Stunden Expositionsdauer waren die Haare an den exponierten Stellen ausgefallen. Später, nach einer Reihe von Tagen, hatte sich ein Erythem resp. eine Dermatitis gebildet. Kaposi hatte vermutet, dafs durch die X-Strahlen eine fluxionäre Hyperämie ausgelöst wird, der eine Gefäfsparese folgt. Zuerst würden die tieferen Gefäfse getroffen, allmählich rückte dann die Hyperämie zur Oberfläche empor, deshalb entstehe zuerst der Haarausfall, viel später das Erythem. Nach Wiederherstellung des Gefäfstonus würden die Haare wieder wachsen. — In der That trat nach einer Reihe von Wochen wieder ein Haarwachstum an der einen Stelle auf. Die andere aber zeigte schwerere Veränderungen, indem die Epidermis sich abhob und eine nässende Fläche blofslegte, die auffallend wenig empfindlich war. Allmählich entwickelte sich aber ein ulceröser Zerfall und es trat schliefslich unter erheblicher Störung des Allgemeinbefindens Gangrän hinzu. Die Besserung wurde durch sorgsame Pflege in der dermatologischen Klinik eingeleitet. Das Kind wurde dann der weiteren Beobachtung entzogen. — Diese schweren Erscheinungen nach fast zwei Monaten mahnen zur Vorsicht in Bezug auf die absolute Beleuchtungsdauer und die Dauer der jedesmaligen Sitzung. Bei dem geringsten Erythem mufs man aussetzen, als höchste Expositionsdauer 20 Stunden ansehen. Bei Beobachtung dieser Vorsicht dürfte die Bestrahlung behufs Epilation versuchsweise zu empfehlen sein. Um die Wirkung zu einer dauernden zu machen, die Gefäfsparese zu unterhalten, könnte man von Zeit zu Zeit kurze Beleuchtungssitzungen folgen lassen. — Verfasser giebt zu erwägen, ob nicht auch bei Favus und Sykosis die epilierenden X-Strahlen mit Nutzen zu verwenden wären.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Fall von pathologischer (idiopathischer) Blasenruptur; Operation; Heilung, von A. Cuff. (*Lancet.* 6. Febr. 1897.) Vor 15 Jahren Blennorrhoe, später Strikturbeschwerden, langdauernde, chronische Cystitis. Im Anschlufs an eine plötzliche, körperliche Anstrengung unbehagliches Gefühl im Abdomen, das sich im Laufe eines Tages zu heftigem Schmerz steigert. Erbrechen. Temperatursteigerung. Nach der Aufnahme Temperatur 41,0°, Puls 140, Schüttelfröste mit starken Muskelspasmen.

Im Abdomen nicht scharf umgrenzter Tumor, fast bis zum Nabel reichend, der Lage der Blase entsprechend. Schmerzhaftigkeit auf Druck nur mäfsig, kein Erbrechen. Mediane Incision direkt über der Symphyse; das hinter den Musculi recti gelegene Bindegewebe stark verdickt, in entzündlichem Zustande, zeigt eine Reihe von Höhlen, ähnlich den Poren eines Schwammes, die mit blutigem Urin gefüllt sind. Eine derselben kommuniziert durch eine kleine Öffnung mit dem Blaseninnern. Weiterhin wird eine Höhle mit ca. 90 g stinkendem Eiter eröffnet. Rasche Erholung, die nur durch ein interkurrentes Gesichtserysipel unterbrochen wird. *H. Einhorn-München.*

Ein neuer Mifsstand beim Blasenstich im Hypogastrium, von TAILLEFER. (Nach *Ann. d. mal. d. org. génito-urin.* 1896. No. 12.) Es handelt sich um ein grofses, durch den Blasenstich verursachtes Hämatom, welches zu Pyelonephritis und weiters zum Tode führte. Bei einem 70 Jahre alten Prostatiker mit bedeutender Hypertrophie der Prostata gelang nämlich der Katheterismus nicht, weshalb gegen die Retentio urinae die Punktion angewendet wurde. Einem anderen Arzte glückte jedoch der Katheterismus mit Leichtigkeit. Dennoch starb der Kranke drei Tage später an Urämie. Bei der Sektion entdeckte man ein ungeheures, subperitoneales Hämatom, gelegen im Cavum Retzii, in der ganzen vorderen Bauchwand bis zum Nabel, in den Lendengegenden bis zu den Nieren. Die vordere Blasenwand war stark mit Blut unterlaufen, die anderen Blasenwandungen normal. Pyelonephritis. Offenbar hatte die Punktion die kongestionierte vordere Blasenwand getroffen, die Blase zog sich von oben nach unten zurück, das Blut drang sodann nicht in die Blasenhöhle, sondern in das RETZIUSsche Cavum und weiter längs der vorderen Bauchwand bis zum Nabel und in den Lumbalgegenden bis zu den Nieren, soweit eben nach der geringen Blutmenge und dem Gesetz der Schwere es möglich war. Die Pyelonephritis war hierauf die Folge des Hämatoms. TAILLEFER greift die Punctio vesicae, die zweifellose Ursache des Hämatoms, lebhaft an und befürwortet mehr als einen solchen Eingriff im Dunkeln die klar und sicher vor sich gehende Cystostomie nach PONCET.

Neuhaus-München.

Cystotomia und Cystostomia perinealis. Direkte Drainage des Blasengrundes vom Damm aus, von ROCHET und DURAND. (Nach *Annales des mal. d. org. génito-urin.* 1897. No. 1.) Für gewisse pathologische Fälle schlagen die Verfasser vor, die Blase vom Damm aus anzugreifen und sie direkt zu eröffnen, ohne durch die Pars membranacea oder prostatica urethrae einzudringen. Die Blase wird dabei auf ihrer hinteren Fläche und in der Mittellinie eröffnet, im Niveau des Fundus, ein wenig oberhalb des durch die Prostata gebildeten Reliefs. — Diese, bis jetzt nur an der Leiche erprobte Methode, ähnelt dem alten Seitenschnitt darin, dafs sie direkt durch den Damm das Organ angeht. J. LEWIN in New York hat die alte Operation abgeändert, ohne ein wichtiges Organ dadurch zu verletzen. Er will die Cystostomie durch die ischio-rectale Aushöhlung hindurch vollführen. Die von den Verfassern vorgeschlagene Operationsart ist hiervon ganz verschieden. Diese Autoren beabsichtigen nämlich durch das Triangulum urethro-rectale einzudringen. Dasselbe befindet sich vor der vorderen Wand des Rectum, wird umschrieben durch die Haut des Dammes, die hintere Harnröhre und die Darmwand. — In der vorliegenden Arbeit werden die anatomischen Beziehungen ausführlich erörtert, hierauf folgt eine genaue Beschreibung für das operative Vorgehen, das in fünf folgenden Zeiten erfolgen soll: 1. Incision der Haut; 2. Durchdringung des Dammes; 3. Ablösung des Rectum von der Prostata-Blasenwand; 4. Einschneiden und Herabziehen der Blase; 5. die Naht. — Die wichtigste Indikation für diese Operation soll die Drainage der Blase und besonders des Fundus sein; für diesen Zweck müfste sie besser

wirken als jede andere Operationsart, besonders würden die durch Stauung im Fundus, selbst bei der Sectio alta so leicht vorkommenden Eiteransammlungen, Eiterretentionen und die in deren Gefolge sich einstellende Steinbildung wahrscheinlich vermieden werden. Bei Cystitis dolorosa, bei Cystitis purulenta prostatischen Ursprunges sind diese Mifsstände oft genug nach der Sectio alta hervorgetreten. — Ausführlich werden auch die Nachteile der neuen Operation hervorgehoben, ihre (nicht sehr bedeutenden) Schwierigkeiten und Gefahren, unter denen die eventuelle Verletzung der Samenkanäle, das Absterben des hinteren Lappens, die Möglichkeit einer ascendierenden Infektion die wichtigsten sind. Aber im allgemeinen dürften nach Ansicht der Verfasser die Vorzüge überwiegen. *Neuhaus-München.*

Appendicitis calculosa, die sich in die Blase öffnet. Laparatomie, Heilung, von Leplat. (Nach *Annales des mal. des org. génito-urin.* 1897. No. 1.) Der Fall ist interessant dadurch, dafs erst die Operation den Aufschlufs über das Wesen des Krankheitsprozesses brachte. Vorher bestanden wechselnde Anschwellungen, Geschwülsten ähnlich, im Hypogastrium. Zeitweilig entleerten sie sich offenbar durch die Blase, der Eiter zeigte sich deutlich im Harn. Man konnte also nur eine perivesicale Ansammlung von Eiter konstatieren, schwankte in der Diagnose zwischen einer Appendicitis, die sich in die Blase geöffnet, und einer Drüsenentzündung mit gleicher Folge. Erst die Laparatomie entdeckte einen Stein, der die Appendicitis verursacht hatte; er war langsam im Appendix gewachsen, perforierte und schlofs sich im Peritoneum ein; erst später bildete sich ein Abscefs im Bauchfell und dieser öffnete sich in die Blase. *Neuhaus-München.*

Vorlesungen über Blasensteine und Prostatabeschwerden, von R. Harrison. (*The Brit. med. Journ.* 12. Dezember 1896.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen geht der Vortragende über zur Betrachtung der verschiedenen operativen Eingriffe bei der Behandlung der Blasensteine und der Prostatahypertrophie. Auch die Applikation der Röntgenstrahlen findet eine eingehende Besprechung.
C. Berliner-Aachen.

Die Steinkrankheit in den alten Herzogtümern Lothringen und Bar, von Paulin. Nach *Annales des mal. des org. génito-urin.* 1897. No. 8.) Interessante Statistik, welche den Zugang an Steinkranken, Verluste an Steinschnitten für die Zeit von 1741—1870 berücksichtigt. Die Zahl der Steinkranken nimmt in dieser Tafel fast von Jahr zu Jahr ab. Nach Saucerotte (1791) gilt dies auch für das Lebensalter. Die höchste Zahl findet er für das 6. Lebensjahr. Übrigens läge darin nichts Erstaunliches, weil man weifs, dafs die Steinkrankheit die wohlsituierten erwachsenen Leute nur in geringem Mafse befällt und aufserdem diese nicht ins Spital kommen. Die Steine bestanden gröfstenteils aus oxalsaurem Kalk. Allmählich schwand auch aus der Klasse der früher Bedürftigen die Steinkrankheit, weil die sozialen Verhältnisse, speziell Nahrung, Kleidung, Wohnung, bedeutende Verbesserung erfuhren.
Neuhaus-München.

Ein Stein in der Blase. Lithotomie mit nachfolgender Litholapaxie, von H. Hendley. (*The Brit. med. Journ.* 19. Dezember 1896.) Der 36jährige Patient wurde in sehr schwachem, anämischen Zustande mit allen schweren Erscheinungen eines Blasensteines ins Hospital aufgenommen. Die Symptome, welche den Patienten schon seit 7 Jahren belästigten, hatten in der letzten Zeit einen lebensgefährlichen Charakter angenommen, weshalb Verfasser sich trotz der grofsen Schwäche des Patienten entschlofs, die Operation auszuführen. Nach gründlichen Ausspülungen der Blase, die mehrere Tage hintereinander vorgenommen wurden, wurde in Chloroform-

narkose ein Phosphatstein zerstofsen und ohne grofse Mühe herausbefördert. Beim Sondieren fühlte jedoch Verfasser mit dem Finger im Rectum zwischen diesem und der Sonde einen wie eine vergrößerte Prostata sich anfühlenden encystierten Stein, der mit einem grofskalibrigen Lithotriptor nach mehreren vergeblichen Versuchen endlich erfafst und im Trigonum, wo er lag, zerdrückt und entfernt wurde. Der Patient genas und blieb seitdem von allen seinen Beschwerden befreit.

C. Berliner-Aachen.

Anwendung der Röntgenstrahlen zur Untersuchung der Gallen- und Blasensteine, von Buguet und Gascard. (*Presse méd.* 1897. No. 41.) Nach den Angaben der Verfasser gestaltet die Radiographie ohne Zerkleinerung der Steine und sofort deren Homogenität oder ihre Struktur, in gewissen Fällen sogar ihre chemische Zusammensetzung, die Lage des Kerns und sehr oft die Natur eines letzteren zu erkennen. Was die Gallensteine anbelangt, so sind dieselben um so durchlässiger für die X-Strahlen, als das Cholestearin, aus dem sich zusammensetzen, weniger Beimengungen aufweist; Kalksalze und Gallenpigment machen sie undurchscheinend. In den Blasensteinen zeigt die Harnsäure zwar eine geringere Transparenz als das Cholestearin, aber eine bedeutendere als die Kalk- und Magnesiumsalze; zwischen beiden stehen die Phosphate der Ammoniakmagnesia. In einem Blasensteine, wo die chemische Untersuchung ausschliefslich Harnsäure nachgewiesen hatte, gelang es mit Hülfe der Radiographie einen vollständig undurchsichtigen Kern zu entdecken, der aus Calciumoxalat bestand. *C. Müller-Genf.*

Blasenstein und Prostataerkrankung, von Reg. Harrison. (*Lancet.* 12. Dezember 1896.) In ausführlicher Rede bespricht H. den heutigen Stand der diesbezüglichen Chirurgie und tritt für eine ausgedehntere Verwendung des jetzt fast ganz in Mifskredit geratenen seitlichen Perinealschnitts ein. Bei manchen Traumen, bei gewissen Formen der Prostatahypertrophie, zur Drainage der Blase sei diese Methode ganz vorzüglich geeignet. Nach eingehender Besprechung der Vorteile und Nachteile der Litholapaxie (Zurückbleiben von Fragmenten und erneute Steinbildung, besonders bei Leuten in höherem Alter mit Hypertrophie der Prostata) schildert er sodann eine Beobachtung, welche darauf hinweist, dafs manche Fälle von anscheinend einfacher Hypertrophie der Vorsteherdrüse in Wirklichkeit auf carcinomatöser Entartung beruhen. Gegen die einfache Hypertrophie hat er oft sehr gute Erfolge von der Resektion eines Zoll langen Stückes des einen oder beider Vasa efferentia erzielt. Die Operation wird am besten in zwei Sitzungen ausgeführt mit einer Zwischenzeit von mindestens vier Wochen. Über die Technik ist weiter nichts zu erwähnen. Ferner schildert Verfasser einige Fälle (15) von perinealer Lithotritie und bedauert, dafs diese Methode nicht mehr in Aufnahme gekommen ist. Nach einer gewöhnlichen Boutonnière oder Cystotomia perinealis mediana wird die Blase digital exploriert, der Stein mit einem eigens konstruierten Lithotrib zertrümmert und mit einem gewöhnlichen Evacuator mit grofser Kanüle herausgespült. Er zeigt einen auf diese Weise in fünf Minuten entfernten, 75 g schweren Oxalatstein, dessen Entfernung durch die gewöhnliche Methode sicher eine Stunde Zeit erfordert hätte. *Philippi-Remscheid.*

Entfernung eines grofsen Blasensteines durch Litholapaxie, von Nixon. (*The Brit. med. Journ.* 24. Oktober 1896.) Der 35jährige Patient litt seit 7 Jahren an Blasenbeschwerden, die er auf eine Blennorrhoe zurückführte. Die Untersuchung stellte einen sehr grofsen Stein fest, der am nächsten Tage durch Litholapaxie entfernt wurde. Der Stein wog nahezu 275 g und bestand hauptsächlich aus Harnsäure und Triplephosphaten. *C. Berliner-Aachen.*

Die besten Methoden der Entfernung grofser Steine aus der Blase, von P. J. Freyer. (*The Brit. med. Journ.* 7. November 1896.) Der Verfasser teilt ausführlich seine Erfahrungen mit, die er an 49 Fällen von Blasensteinen gemacht hat. Die suprapubikale Lithotomie wurde in 4 Fällen mit 50%, die perineale Lithotomie in 14 Fällen mit 28½%, die Litholapaxie in 31 Fällen mit 9⅔% Mortalität ausgeführt. Da auch bei der letzteren Methode die geheilten Patienten nur 10½ Tage nach der Entfernung der Blasensteine im Hospital zubrachten, während die Heilung bei den anderen Methoden eine dreifach längere Zeit erforderte, so ist gar kein Zweifel, dafs man bei genügender Übung mit Bigelows Operation die glänzendsten Erfolge erzielt. *C. Berliner-Aachen.*

Bemerkungen über Blasensteine, von D. F. Keegan. (*Lancet.* 30. Januar 1897.) Eine Zusammenstellung der in Indien in den Jahren 1890—1895 ausgeführten Steinoperationen ergiebt:

Litholapaxie	in 10073 Fällen,	hiervon geheilt	9665,	gestorben	399 =	3,96 %
Laterale Lithotome	„ 7201 „	„	6407,	„	794 =	11,02 „
Lithotomia suprapubica	„ 147 „	„	86,	„	61 =	42,17 „

Genauere Angaben über das Alter der Patienten und das Gewicht der Steine fehlen. *H. Einhorn-München.*

Die Beziehungen zwischen Onanie und Irrsinn, von Ralph A. Goodner. (*Med. News.* 27. Febr. 1897.) Verfasser berichtet kurz über vier in der Anstalt behandelte, sehr prägnante Fälle bei jungen Männern ohne hereditäre Belastung im Alter von 19 bis 25 Jahren, welche offenbar infolge solchen Mifsbrauchs an stuporösem Irresein (3) resp. an akuter Melancholie (1) erkrankten. Bei allen vier Patienten wurde durch geeignete Behandlung Heilung der Psychose erzielt, doch trat bei dem einen Patienten mehrmals ein Recidiv auf, sobald ihm durch Weglassen der mechanischen Behinderungsmittel Gelegenheit zu erneuter Masturbation gegeben wurde. *Philippi-Remscheid.*

Ein Fall von angeborener Verlagerung des Nebenhodens, beobachtet bei einem 3jährigen Knaben. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1897. No. 3.) In vorliegendem Falle war diagnostiziert worden: Wahrscheinlich Leistenhernie, linksseitige Netzhernie, nicht zurückbringbar wegen Verwachsung des Netzes mit der Vaginalis und dem Hoden. Man beginnt die Radikaloperation nach Bossini und siehe da: es existiert keine Hernie, die Vaginalis enthält nur Hoden und Nebenhoden, in Form und Beziehung schwer verändert. Die Masse, welche dem Netze ähnelte, war aus dem Nebenhoden gebildet, der eine längliche Form besafs, fast senkrecht von unten nach oben angebracht war und ein körniges Aussehen hatte. Der untere Teil des Nebenhodens setzt sich in den Hoden fort, dieser ist kuglig, so dick wie eine Haselnufs. Der untere Pol des Hodens endigt frei einen Querfinger vom Grund der Vaginalis. Der obere Pol steht mit dem Kopf des Nebenhodens in Verbindung durch einen Strang, der 3 mm in der Länge und ebenso viel im Durchmesser mifst. Der Schweif des Nebenhodens endigt mit einem cylindrischen harten Strang, welcher die Charaktere eines Samenleiters besitzt und von dünnen Vasa deferentia begleitet ist. Prof. Bajardi fand keinen ähnlichen Fall in der Litteratur. *Neuhaus-München.*

Carcinom des Testikels, von Kanthack und Pigg. (*The Brit. med. Journ.* 19. Dezember 1896.) Der 24jährige Patient ist nach sechsmonatlicher Dauer der Krankheit gestorben. Bei Lebzeiten wurde nur eine Vergröfserung der Cervical- und anderer Lymphdrüsen beobachtet. Nach dem Tode fand sich ein grofser Tumor des rechten Testikels vor, der den Samenstrang und die Lumbardrüsen in Mitleidenschaft

gezogen hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Cylinderzellen-Carcinom mit schleimigen Degenerationen. Gleichzeitig wurden Metastasenbildungen in Lunge und Leber vorgefunden. Die Geschwulstbildung hatte sich von den Lymphdrüsen auf die Vena cava inferior fortgesetzt. *C. Berliner-Aachen.*

Eine neue Behandlung der Nebenhoden- und Hodenentzündung, von Tuffier. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1896. No. 12.) Die angepriesene Therapie soll schneller als die übrigen Arten der Behandlung die Schmerzen beruhigen und die Temperatur erniedrigen. Sie besteht in folgendem: Einpinselung des oberen Teiles des Hodens sowie des Samenstranges mit Gaïakol (0,60 cg : 1 g). Hierauf wird der Hoden auf den Leib gelegt und um ihn 2 mal täglich je 1 Stunde lang ein Beutel mit heifsem Wasser. Abends kommt eine 25%ige Ichthyolsalbe auf das Scrotum, darüber Kautschucktafft und ein Suspensorium. Am anderen Tage wendet man das heifse Wasser wieder an; falls Schmerz und Temperatur noch nicht geschwunden, wird nach 36 Stunden neuerdings mit Gaïakol gepinselt. Dies genügt in der Regel. Zugleich nimmt der Patient ein salinisches Abführmittel. *Neuhaus-München.*

Über die Radikalbehandlung der Hydrocele durch Excision des Sackes mit Bemerkungen über 22 Fälle, von F. A. Southam - Manchester. (*Lancet*, 20. März 1897.) Vollständige Entfernung des parietalen Blattes der Tunica vaginalis bis zum Hilus des Hodens; bei frischen Fällen sofortiger Verschluſs der Wunde ohne Drainage. Die Radikaloperation ist indiciert: 1. wenn der Patient eine Radikalheilung wünscht und erfolglose Injektionsversuche nicht riskieren will; 2. bei alten Hydrocelen mit Verdickung und Rigidität des Sackes; bis 0,6 cm Knorpelhärte, Verkalkung; 3. nach vergeblichen Injektionsversuchen; 4. bei Eiterungen und 5. bei Bildung einer Hämatocele nach vorausgegangener Punktion; beides nicht selten bei alten Hydrocelen mit verdickter Tunica vaginalis; 6. bei Kombination mit einer Hernia inguinalis, welche radikal operiert werden soll; 7. bei Adhärenz des Hodens an der vorderen Scrotalwand infolge von Punktionen und Injektionen und bei multilokulärer Hydrocele. — In keinem Falle trat ein Recidiv ein. *H. Einhorn-München.*

Als **Radikalbehandlung der Hydrocele** empfiehlt Verhoogen (*La Policlinique* 1897. No. 4) die Extirpation der Tunica vaginalis. Naht, 24stündige Drainage. *C. Müller-Genf.*

Die Inversion der Tunica vaginalis bei der Behandlung der Hydrocele, von Etiévant und Barral. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1897. No. 3.) Das Vorgehen ist im allgemeinen folgendes: 1. Längsschnitt am Scrotum, wie bei der gewöhnlichen Radikalbehandlung. 2. Losschälung des fibro-vaginalen Blattes und seines Inhaltes wie bei der Kastration. 3. Einschnitt der losgeschälten Vaginalis in ihrer ganzen Höhe, Entleerung der Flüssigkeit, Umstülpung dieser Hülle um den unteren Teil des Samenstranges und des Nebenhodens. Befestigung der neuen Lage durch eine kleine lockere Catgutnaht. 4. Zurückversetzung der Organe in den Scrotalsack, Naht der Haut. Drainage nach Belieben. — Für die einfachen Fälle von Hydrocele soll die Jodinjektion bestehen bleiben, die Indikation für die Inversion beziehe sich auf angeborene Hydrocelen mit oder ohne gleichzeitige Hernie, auf dickwandige Hydrocelen mit Neigung zur Umbildung in Hämatocelen, endlich auf Rückfälle nach der Anwendung anderer Methoden. Das Verfahren sei vortrefflich, da die Hodenfunktion unangetastet bleibe, Rückfälle lang ausblieben. *Neuhaus-München.*

Über die Abtragung der Tunica vaginalis testis und die künstliche Obliteration der Scrotalhöhle, von Alessandri. (*Policlinico.* 1897. No. 4.) Gestützt auf eine Anzahl von Tierexperimenten rät Verfasser von der Exstirpation der Tunica

und der offenen Wundbehandlung nach Volkmann ab, ausgenommen da, wo die Hydrocele sich besonders hartnäckig gegen mildere Eingriffe gezeigt habe oder dann, wenn die Veränderungen der Serosa derartige sind, dafs ein Verlust der physiologischen Funktion des Hodens vorauszusehen ist. Operativ verfährt man am besten so, dafs man das parietale Blatt der Vaginalis mit oder ohne Abkratzen des visceralen Blattes abträgt, die Wundränder vereinigt, sodafs der Hoden eine Bekleidung erhält, welche keine feste und vollständige Adhärenzen mit der Oberfläche des Hodens bildet.

C. Müller-Genf.

Über die hypogastrische Öffnung bei den Prostatikern, von Bazy. (Nach *Annales des mal. des org. génito-urin.* 1896. No. 12.) Der Verfasser hat sich mit diesem Thema viel beschäftigt, bringt in der vorliegenden Arbeit als Belege einige weitere ausführliche Krankengeschichten und kommt zu folgendem Resumé: 1. Der hohe Blasenschnitt mit Anlegung einer temporären oder bleibenden Öffnung ist angezeigt bei den Schmerzen, welche ihren Ursprung in der Blase haben, bei Hämaturie und bei den Infektionen subakuter Art, welche der Verweilkatheter nicht einzuschränken vermochte. 2. Die genannte Operation ist unwirksam gegen die akuten und überakuten infektiösen Anfälle, sie kann und darf aber in solchen Fällen versucht werden. 3. In den allermeisten Fällen von schmerzhaftem Katheterismus kann sie durch verschiedene therapeutische Mafsnahmen ersetzt werden, besonders durch den Verweilkatheter. 4. Sie darf ausnahmsweise angewendet werden in den Fällen von falschen Wegen und schwierigem Katheterismus. 5. Die Unmöglichkeit des Katheterismus ist eine Anzeige von noch gröfserer Ausnahme.

Neuhaus-München.

Ein Fall von Hydatidencyste der Prostata nebst Cysten des Peritonealraums und der Leber, von W. Winterberg. (*Med. News.* 7. November 1896.) Ein 51jähriger Zimmermann hatte seit 2 Jahren an zunehmenden Blasenbeschwerden gelitten. Da die Prostata stark vergröfsert war, wurde auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten die Kastration vorgenommen. Acht Tage später wurde, als jeglicher Erfolg ausblieb, ein Perinealschnitt ausgeführt und die Blase täglich ausgespült. Nach weiteren 8 Tagen entleerte sich aus der Öffnung eine Hydatidencyste, welcher allmählich mehrere Tochtercysten folgten. Bei der nunmehr vorgenommenen Sectio alta wurde neben der Prostataaffektion auch ein Tumor in der rechten Fossa iliaca konstatiert. Wegen der grofsen Schwäche des Kranken wurde die Operation unterbrochen und erst 4 Wochen später die Bauchhöhle eröffnet, wobei drei teils intra-, teils extraperitoneal gelegene Cysten entfernt wurden. Bei dieser Gelegenheit wurde noch an der unteren Fläche der Leber eine weitere Cyste konstatiert. Operation derselben in zwei Sitzungen. Sechs Monate nach der Aufnahme wurde der Patient in arbeitsfähigem Zustande entlassen. *Philippi-Remscheid.*

Carcinom der Prostata bei einem Hunde, von Rouville. (Nach *Annales des mal. des org. génito-urin.* 1897. No. 2.) Der Verfasser fand bei einem Hunde, bei dem er die doppelseitige Kastration gemacht hatte, eine Prostata vom Umfange einer Orange. Der Patholog Poujol in Montpellier untersuchte die Geschwulst mikroskopisch und stellte fest, dafs ein Carcinom vorliege mit einer hochgradigen Entzündung des Bindegewebes. Die Veränderungen der Drüsen stellen die ersten Anläufe zur Entwickelung in Carcinom dar: Hypertrophie und Hypergenese des Epithels, Schwinden der Membrana propria. *Neuhaus-München.*

Prostatahypertrophie. Hottinger demonstrierte in der Gesellschaft der Ärzte in Zürich eine von einem 68jährigen Manne herrührende Prostata, die in ihrem mittleren Lappen einen kirschgrofsen und drei kleinere Tumoren zeigte. Der Patient

hatte an keinen grofsen Harnbeschwerden gelitten, starb aber an Urosepsis und Pyämie in 14 Tagen; er war niemals katheterisiert worden und nimmt H. an, dafs Autoinfektion von einer eiterigen Mittelohrentzündung her stattgefunden hatte. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte.* 1897. No. 9.) *C. Müller-Genf.*

Ambulatorische Behandlung der Prostatiker mit dem Verweilkatheter, von Bazy. (*Presse méd.* 1896. No. 48.) Verfasser behauptet, dafs dieses Verfahren in den meisten Fällen die Cystotomia suprapubica zu ersetzen vermöge. Er hat es bereits in mehreren Fällen angewendet und dabei den Katheter nicht nur Tage und Wochen, sondern selbst über ein Jahr in der Urethra liegen lassen, wobei die Patienten ihrer gewohnten Beschäftigung ungestört nachgehen konnten. Das Auffallendste bei dieser Behandlungsweise der Prostahypertrophie ist die Thatsache, dafs nach einer kürzeren oder längeren Zeit die Patienten spontan urinierten und eine Atrophie der Prostata an Stelle der Hypertrophie getreten war. *C. Müller-Genf.*

Über die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von D. Mac Ewan. (*The Brit. med. Journ.* 10. Oktober 1896.) Die Schlüsse, die Verfasser aus seinen Betrachtungen zieht, sind folgende: 1. In einer beträchtlichen Zahl von Fällen ruft die Kastration mehr oder weniger Atrophie der vergrößerten Prostata hervor. Diese Atrophie ist wahrscheinlich das Resultat des Verlustes einer physiologischen Substanz, welche durch die Testikel gebildet und für die Ernährung der Drüse von wesentlicher Bedeutung ist. 2. Die Atrophie tritt besonders rasch in der weichen und elastischen Form der Prostatahypertrophie ein, kann aber auch in der harten Platz greifen, ja sogar wenn neben der Hypertrophie gleichzeitig allgemeine Arteriosklerose vorhanden ist. 3. Den besten Effekt erhält man, wenn die Drüse im ganzen vergrößert ist. Cirkumskripte Vergrößerung der mittleren Portion kann der Kastration widerstehen, aber intravesicale Gewächse eignen sich gewöhnlich mehr für die Prostatektomie. 4. Die Cystitis, wenn sie noch nicht weit vorgeschritten ist, kann wesentlich gebessert oder geheilt werden 5. Hochgradige Cystitis, vergesellschaftet mit septischer Infektion der Nieren und mit lästigen Blasensymptomen, wird günstiger durch die Drainage der Blase beeinflufst. 6. Die Kontraktilität der Blase kann sogar noch nach jahrelang ausgeübtem Katheterismus wieder erlangt werden. 7. Wenn auch die spontane Kraft nicht wiederkehrt, so kann die Kastration dennoch dem Patienten noch Erleichterung bringen, wenn der Katheterismus häufig, schmerzhaft und mit Schwierigkeiten verknüpft war. 8. Wenn man die unter 3. erwähnten Zustände ausnimmt, giebt die Kastration ebenso gute Resultate wie die Prostatektomie und mit einem geringeren Mortalitätsprocentsatz. 9. Die Resektion der Vasa deferentia wirkt auf die Reduzierung der hypertrophierten Prostata langsamer ein als die Kastration. 10. Die Kastration ist eine einfachere, vom Patienten leichter zugestandene und deshalb eher zu empfehlende Operation. *C. Berliner-Aachen.*

Beiträge zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, von Allina. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 9.) Auf der Abteilung von Hofmokl in Wien wurden einer Reihe von Prostatikern die Vasa deferentia reseciert; Verfasser berichtet über 8 Fälle. Eine Verkleinerung der Prostata trat meist ein, wenn auch langsamer als nach doppelseitiger Kastration. In einem Falle war die Arterie einerseits mit unterbunden; bei diesem verkleinerte sich die entsprechende Prostatahälfte viel schneller. Die Veränderungen in der Prostata bestehen in einem Ersatz schwindender Drüsensubstanz durch Bindegewebe. Die Hoden atrophieren nur sehr langsam. In Bezug auf die Blasenbeschwerden trat ein Mifserfolg nur einmal ein; in allen übrigen Fällen war eine bedeutende Besserung vorhanden, besonders bei der „chronischen

Harnretention (Bruns)". Der Erfolg war ein ebenso guter wie derjenige nach Kastration, trat aber nicht so schnell ein, was aber nichts zu sagen hat. '— Wo die Beschwerden bei den Operierten späterhin wiederkehren, handelt es sich schon um Affektionen von Harnleiter und Nieren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von Raymond Petit. (*Annales des mal. des org. génito-urin.* 1897. No. 3.) Im Anfange seiner Arbeit hebt der Verfasser die grofse Bedeutung der palliativen Behandlung mittelst regelmäfsigem Katheterismus und Verweilkatheter hervor, diese Mafsnahmen haben die Grundlage der Behandlung für die Prostatiker zu bilden. Kommt man damit nicht zurecht, kommen die streng chirurgischen Eingriffe in Betracht; diese Methoden teilt der Verfasser in direkte und indirekte, alle werden einzeln erörtert und auf ihre Resultate geprüft.

A. Direkte Methoden; Dieselben richten sich gegen das Hindernis selbst, die hypertrophierte Prostata. — Hierher gehören die Prostatomia (urethralis und perinealis), die Prostatectomia (perinealis und suprapubica), die Cauterisatio electrica bes. nach Bottini, die Elektropunktur und Elektrolyse. Alle diese Methoden haben noch hohe Mortalität und werden allgemein noch nicht ausgeführt.

B. Indirekte chirurgische Methoden. Sie sind sehr zahlreich und beabsichtigen entweder die Prostata in Ruhe zu erhalten und deren Kongestion aufzuheben oder ihre Atrophie herbeizuführen. Dem ersten Zwecke dienen die Punktion und die Sectio alta, beide haben ihre bestimmten Indikationen, aber auch Gefahren. Die Atrophie der Prostata streben die Kastration und die Resektion der Samenleiter (physiologische Kastration nach Guyon) an. Erstere, die Kastration soll in vielen Fällen den Prostatikern die angestrebte Besserung, selbst Heilung gebracht haben, andererseits waren die Resultate bei einer grofsen Zahl von Kranken gleich Null. Czerny z. B. hat in 3 Fällen geradezu traurige Resultate gehabt. Eine endgültige Erklärung dafür, dafs in gewissen Fällen die Verkleinerung der Prostata nach der Kastration ausbleibt, ist noch nicht gegeben, aber Anhaltspunkte finden sich doch schon. So ist die Ansicht Griffiths zu beachten, welcher durch die Annahme zweier Stadien der Hypertrophie eine Erklärung anstrebt. Nach ihm giebt es ein erstes Stadium: das glanduläre, und ein zweites: das fibröse. Hat letzteres die ganze Drüse befallen, so könne auch die Kastration eine deutliche Verkleinerung des derben Gewebes nicht mehr erzielen; solche sei aber möglich im glandulären Stadium und im beginnenden fibrösen. Die Palpation vom Rectum aus giebt nach Fenwick darüber Aufschlufs: Weiche elastische fibromyomatöse Drüsen verringern sich nach der Operation rasch und vollständig, harte derbe Prostata schwieriger oder gar nicht.

Auch sonstige Folgen der Kastration sind nicht aufser Acht zu lassen: eine bestimmte Mortalität, geistige Störungen, mindestens die Schwierigkeit, selbst von alten Patienten die Erlaubnis zu diesem Eingriffe zu erlangen. — In der Regel ist die doppelseitige Kastration nötig, die einseitige von geringerem oder gar keinem therapeutischem Einflusse. Nach einer Erörterung über den Wert der Unterbindung der Arteria iliaca interna, welche Operation als schwierig, gefährlich und nicht entsprechend verworfen wird, wendet sich der Verfasser dazu, eingehend die Chancen der Resektion der Samenleiter zu erwägen. Im allgemeinen hält er diesen chirurgischen Eingriff für vielfach nützlich und geboten. Zwei Momente sind als therapeutisch wichtig hierbei zu beachten: die Atrophie der Prostata und die Herabsetzung der Kongestion. Die Atrophie tritt, wie es scheint, in einer beachtenswerten Zahl von Fällen ein, nach Floersheim in ca. 29 %; noch deutlicher zeigt sich oft genug die Verminderung der Kongestion, welche in der Abnahme der Harnfrequenz,

in dem Verschwinden des Blasenkrampfes, der Verminderung der Schmerzen und Schwierigkeiten beim Urinieren sich äufsert. Ferner wird der Katheterismus nach der Operation leichter, manchmal erfolgt das Urinieren spontan, der Harn selbst verliert seine abnormen Bestandteile, der Residualharn vermindert sich, die Kontraktilität der Blase erscheint wiederum, kurz der ganze Symptomenkomplex des Prostatismus kann verschwinden. — Neben diesen günstigen Erfolgen der Resektion der Samenleiter mufs man jedoch Fälle erwähnen, in welchen jeglicher Nutzen ausblieb; sie sind selten. Auch Komplikationen zeigten sich, in anderen Fällen trat später Tod ein, aber es ist sicher, dafs nicht die Operation, ein so geringfügiger Eingriff, diese Ausgänge verschuldet hat. — Kurz: die Resektion der Samenleiter, wenn sie auch nicht den Namen einer Radikalkur verdient, ist eine nützliche Operation und der Kastration vorzuziehen, da sie bei viel geringerer Gefahr die gleichen Resultate ergiebt. Nur darf man von ihr nicht mehr verlangen als sie zu leisten vermag, darf sie nicht unterschiedslos in allen Fällen anwenden wollen. Es gelten aber auch für die Resektion der Samenleiter die gleichen Voraussetzungen wie die oben erwähnten von Griffith. Noch genauere Unterscheidung giebt Flexnsheim. Dieser unterscheidet drei Formen von Prostatahypertrophien: a) die arterio-sklerotische mit Vorherrschen des Bindegewebes; die Prostata ist dabei grofs, regelmäfsig hart: b) die kongestive Form; die Prostata ist dabei grofs, weich, elastisch; das Gefäfselement herrscht vor; c) zwischen beiden steht die dritte Form, die häufigste, dabei ist die Prostata unregelmäfsig gestaltet, hat weiche Stellen neben anderen harten, fibromähnlichen, es ist dies die sklero-venöse Form. Bei der ersten ist von der Resektion der Samenleiter wenig zu erwarten, das Drüsengewebe ist bereits reduziert und auf das hyperplastische Bindegewebe wirkt die Operation nicht. Versagen hier die palliativen Mafsnahmen, wird die Sectio alta oder Drainage der Blase, die Prostatomie und Prostatektomie erwogen werden müssen. Bei der zweiten Form, der kongestiven findet die Resektion der Samenleiter am häufigsten ihre Indikation und ihre besten Erfolge. Auch bei der dritten Form gilt sie als angezeigt, doch treten die günstigen Resultate langsamer ein und weniger vollständig. Aber jedenfalls ist vor jedem chirurgischen Eingriffe das Allgemeinbefinden des Prostatikers wohl ins Auge zu fassen; Herzfehler schwererer Art, Komplikationen von Seiten der Blase, der Niere, des Gehirns, sodann schwere konstitutionelle Fehler müssen als Gegenanzeigen aufgefafst werden. — Der Verlust der Kontraktilität der Blase war oft schon eine Ursache des Mifserfolges für die Operation, hier ist Individualisieren sehr nötig. Schliefslich empfiehlt Verfasser nochmals die Resektion der Samenleiter als erste Mafsnahme nach der palliativen Behandlung; erst wenn auch die Resektion nutzlos geblieben, sei die Kastration erlaubt. *Neuhaus-München.*

Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Herold. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 3.) Verfasser berichtet über drei Fälle, bei denen wegen Prostatahypertrophie die Vasa deferentia reseciert werden. In zwei Fällen war der Erfolg ein sehr guter. Die Rückbildung der Prostata im ersten Falle trat schnell ein, im zweiten war sie nicht sehr bedeutend. Der dritte Patient, ein 83jähriger Mann, erlag einer hypostatischen Pneumonie. — Die Operationen wurden alle ohne Narkose ausgeführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Resektion des Vas deferens zur Heilung der Prostatahypertrophie, von Albert Koehler. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 4.) Die Resektion des Vas deferens als Ersatz der Kastration ist bei Prostatahypertrophie bisher in 70 Fällen ausgeführt, soweit dieselben in der Litteratur berichtet sind. Darunter findet man 36 Heilungen, 16 Besserungen und 15 Mifserfolge. Es tritt nach der Resektion

reflektorisch Verminderung des Blutzuflusses zu Prostata und Harnröhrenschleimhaut ein. Dafs die folgende Hodenatrophie von grofser Bedeutung ist, dagegen spricht die Schnelligkeit des Erfolges. — Die Technik der Operation ist eine einfache. Das Verwachsen der Stümpfe mufs verhütet werden. In dem vom Verfasser operierten Falle wurde die Resektion nur einseitig ausgeführt. Die Abschwellung der Prostata trat auf derselben Seite ein. Der Erfolg war ein durchaus guter. ISNARDI hat auch zwei einseitige Operationen mit Erfolg ausgeführt. Andere hatten Mifserfolge. — Die Besserung nach beiderseitiger Operation tritt so schnell ein, dafs dieselbe auch in dringenden Fällen statt der Blasenpunktion, der Boutonnière oder Prostatektomie versucht werden kann. — Das wertvollste der Arbeit ist die erschöpfende Zusammenstellung der Litteratur. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Alters-Dysurie durch Einschneiden und doppeltes Unterbinden der Samenleiter, von ISNARDI. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1897. No. 3.) Unter 15 von ISNARDI operierten Prostatikern sind 3 zufällig gestorben, einer blieb in statu quo antea, 2 wurden gebessert, 9 geheilt. Klinik, Embryologie und pathologische Anatomie bewiesen unzweifelhaft, dafs auf die Atrophie des Hodens der Schwund der Prostata nachfolge. Dieser würde nach ISNARDI am besten durch Einschneiden der Samenleiter und Unterbinden der beiden Enden erreicht, das untere Ende befände sich im unteren Winkel der Hautwunde. Diese Atrophie erfolgt noch schneller und deutlicher, wenn man die Nervenfasern des Plexus spermaticus einschneidet, vielleicht würde diese Nevrotomie allein schon als Behandlungsmethode genügen. — Die ISNARDIsche Operation hat vor der Kastration den Vorteil, dafs sie selbst in Fällen örtlicher Komplikation (z. B. irreponibler Hernie) oder allgemeiner (wie Nephritis etc.) ausführbar sei. Wegen ihrer Einfachheit und Gefahrlosigkeit empfehle sie sich zunächst, eventuell auch als Vorbereitung bei der Kastration. *Neuhaus-München.*

Bericht über zwei erfolgreiche Fälle von Prostatektomie, von L. W. HOTCHKISS. (*New York med. Journ.* 2. Januar 1897.) Fall I. Ein 67jähriger Mann mit erheblicher Hypertrophie der Prostata, welche fortwährendes Katheterisieren nötig machte, wurde wegen der hochgradigen Beschwerden im Hospital aufgenommen. Sectio alta, Enucleierung der Drüse. Zehn Wochen p. o. geheilt entlassen. Zwei Monate nachher konnte er den Urin gut halten und auch spontan entleeren. — Fall II. Bei dem 66jährigen Manne war zuerst wegen der multiplen Strikturen, Cystitis etc. die Urethrotomia externa vorgenommen worden. Es war nur eine geringe Besserung infolge der hierdurch ermöglichten Ausspülung der Blase zu erzielen gewesen, und schliefslich wurde eine Sectio perinealis ausgeführt und auf diesem Wege die Prostata zumeist digital enucleiert. Vier Wochen p. o. wurde Patient mit guter Blasenfunktion und ohne Fistel entlassen. Verfasser zieht letztere Methode schon wegen der viel geringeren Belästigung der Patienten durch abfliefsenden Urin dem hohen Blasenschnitt vor. *Philippi-Remscheid.*

Die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie nach BOTTINI, von A. FREUDENBERG. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 15.) Die radikale Behandlung der Prostatahypertrophie wird seit 22 Jahren von BOTTINI auf galvanokaustischem Wege durchgeführt. Sie ist weniger gefährlich als die Kastration und die Resektion der Samenleiter, dabei aber zuverlässiger in der Wirkung und frei von Nebenwirkungen. Das Instrumentarium besteht aus dem „Cauterizzatore prostatico" und „Incisore prostatico", katheterförmigen Instrumenten mit kurzem, rechtwinklig abgebogenem Schnabel. Der „Cauterizzatore" hat an der Spitze eine 2—2½ cm lange, auf Porzellanplättchen aufliegende Platinplatte. Der „Incisore" enthält einen weib-

lichen und männlichen Arm; letzterer trägt ein 1½ cm hohes Platinmesser, welches auf Drehen einer Schraube hervortritt. Daneben haben beide Instrumente eine Wasserkühlung, die exakt funktioniert. Bottini wendet fast ausschliefslich nur noch den Incisor an. Nach Vorausschickung einer cystoskopischen Untersuchung wird 5,0 einer 1%igen Kokainlösung in die Harnröhre injiziert, die Blase entleert; dann führt man das Instrument ein und brennt bei Rotglühhitze. Am besten nimmt man drei Spaltungen nach verschiedenen Richtungen vor. Die Beschwerden nach der Operation sind gering. Blutung meist minimal. Verfasser sah einmal eine Nachblutung, die nach dreitägigem Bestande auf Einlegen eines Jaques-Patent-Verweilkatheters sofort stand. Sie erklärte sich durch den später erfolgenden Abgang eines gröfseren Prostatastücks. — Als Elektricitätsquelle empfiehlt Verfasser warm die von Bottini angegebene Accumulatorbatterie, die konstant arbeitet und durch Rheostat genau regulierbar ist. — Der Erfolg tritt bei Incisor fast unmittelbar ein. Zur Nachbehandlung Blasenspülungen bei Cystitis, Strychnin, kühle Blasendouchen, Elektricität. — Die Gefahr der Operation ist eine sehr geringe. Bottini hatte unter 80 Fällen nur zweimal Exitus letalis. Nach Verwendung des Incisors ist überhaupt kein Todesfall mehr vorgekommen. Ein Recidiv hat Bottini niemals in 22 Jahren gesehen. — Nachprüfungen der Methode sind bisher nur wenige vorgenommen. Verfasser hat 5 Fälle mit dem Incisor operiert, einen darunter zweimal, da der erste Erfolg unzureichend war. Die Krankengeschichten ergeben, dafs von drei an kompletter Harnretention leidenden Patienten einer nach 10 resp. 4 Tagen, die anderen nach 3—4 Stunden spontan urinierten. Die Enuresis ist bei zweien geschwunden, bei einem auf die Nacht beschränkt. Die zwei anderen Patienten mit quälendem Harndrang wurden von demselben befreit. Das Allgemeinbefinden hob sich bei allen. — — In der sich an den Vortrag Freudenbergs in der Medizinischen Gesellschaft zu Berlin anschliefsenden Diskussion erklärt sich L. Casper nicht von dem Erfolge der Operation überzeugt. Die unmittelbare Besserung beweise nichts, solche plötzliche Besserungen kommen auch ohne Behandlung vor. Casper will nicht den Erfolg bezweifeln, beweisend ist aber nur, wenn Patient vor der Operation längere Zeit beobachtet ist. Der einzige Mafsstab für die Beurteilung ist die Kraft der Blase, die Menge des Residualharns. — Freudenberg betont, dafs die Kranken lange Zeit vorher beobachtet und erfolglos in der verschiedensten Weise behandelt sind. Bei zweien bestand die komplette Harnretention 5 Monate, bei einem 8 Wochen. Beweisender noch wie seine Resultate sind diejenigen Bottinis. — Der Residualharn ist bei seinen Patienten noch immer im Heruntergehen, er beträgt bei einem noch 55 ccm, bei einem 19—28 ccm, bei einem ist er gleich Null.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Massage der Prostata, von Gardner. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-uris.* 1896. No. 5.) Ein Mann von 52 Jahren, ohne urethrale Vergangenheit, klagte seit einem Jahre über einzelne nervöse Symptome, über Schwindel, Kopfschmerzen nach dem Beischlafe; etliche Monate vorher hatte er auch schmerzliche Gefühle erlitten, die mehr oder weniger lang nach dem Urinieren anhielten. — Bei der rectalen Untersuchung entdeckte man eine deutliche Asymmetrie der Prostata, der linke Lappen war bedeutend stärker entwickelt als der rechte; das linke Samenbläschen war vergröfsert, Druck in dieser Gegend bewirkt nicht blofs Harndrang, sondern auch Ausfluſs einer klebrigen Flüssigkeit. Die Massage der Prostata und des Samenbläschens wurde nun etliche Zeit (!) ausgeübt und bewirkte ein Verschwinden der Abnormitäten und der funktionellen Störungen. *Neuhaus-München.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Statistische Beiträge zur Blennorrhoe der Prostituierten, von JOHN LAPPE. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 7.) Die NEISSERsche Forderung, dafs die mikroskopische Sekretuntersuchung bei der Kontrolle der Prostituierten ausnahmslos vorgenommen werden soll, ist in der Praxis bisher nicht befolgt worden. Als Gründe hierfür sind angegeben: 1. Dafs die mikroskopische Untersuchung in der Praxis zu schwer durchführbar sei. 2. Dafs doch nur ein Teil der Blennorrhoen dadurch zur Kognition gelange. 3. Dafs die Diagnose der Blennorrhoe der Prostituierten keine grofse Bedeutung habe, weil die Behandlung nicht zu Resultaten führe.

ad 1. Die Schwierigkeit ist keine so grofse, da JADASSOHN mit Hülfe einer Wärterin in 2 Stunden 15—20 Prostituierte auf Gonokokken untersuchte. Natürlich müfste die jetzt für die Kontrolle verwendete Zeit verlängert werden. ad 2. Dafs man nicht alle Blennorrhoen entdeckt, ist kein Grund, ein Verfahren abzuweisen, das einen grofsen Teil derselben auffinden läfst. ad 3. Die lokale Behandlung hat in Breslau gute Erfolge gegeben; manche Urethral-, Uterus- und Adnexerkrankungen widerstehen derselben allerdings.

In Breslau wird seit 6 Jahren die Kontrolle mikroskopisch ausgeübt, wenn auch aus Personal- und Lokalmangel noch nicht in einer allen Anforderungen genügenden Weise. Die Zahl der Blennorrhoen bei Prostituierten im Allheiligen-Spital hat dadurch ungeheuer zugenommen. Verfasser giebt die Ergebnisse seiner statistischen Feststellungen. Als negativ galt nur das Resultat, wenn mindestens drei Untersuchungen in einer Woche erfolglos geblieben waren.

Unter 694 Blennorrhoefällen vom 1. August 1892 bis 1. Juli 1896 waren 377 Prostituierte, die nur Blennorrhoe hatten; die anderen hatten andere venerische oder pseudovenerische oder sonstige Erkrankungen. Wenn man zu den 377, welche nur Blennorrhoe hatten, noch 75 hinzunimmt, bei denen die Blennorrhoe die wesentliche Erkrankung war, so sind es 452. Die Zahl der Blennorrhoen mit wesentlich anderen Krankheiten betrug 242, die Krankheiten der Prostituierten ohne Blennorrhoe 755. Es litt also fast die Hälfte aller Prostituierten an Blennorrhoe, ein Drittel nur oder hauptsächlich an dieser. Die Zahl wäre noch gröfser, wenn die Untersuchung eine noch gründlichere wäre und vor allem der Cervix eingehender untersucht würde. — Unter den 694 Blennorrhoen finden sich Gonokokken in: Urethra (U.) 334, Cervix (C.) 56, Bartholinische Drüsen, einseitig (B.) 9, U. u. C. 247, U. u. B. 14, U. u. Rectum (A.) 1, C. u. B. 6, U. u. C. u. A. 2, U. u. C. u. B. 12, U. u. Bartholinische Drüsen, doppelseitig (BB.) 1, C. u. BB. 1, U. u. C. u. BB. 10, U. u. C. u. A. u. BB. 1 mal. Aus diesen Zahlen erhält man ein Bild über die Lokalisation der Blennorrhoe bei Weibern.

Bei der Behandlung sind dieselben Prinzipien mafsgebend wie bei der Blennorrhoe des Mannes. Die sich entgegenstellenden Schwierigkeiten sind leicht zu ermessen. Das Hauptziel ist die Beseitigung der Gonokokken; zurückbleibende katarrhalische Sekretion oder Adnexbeschwerden bleiben unberücksichtigt. Entlassen wird nur diejenige Prostituierte, bei der eine dreimalige Untersuchung auf Gonokokken in einer Woche negativ ausfiel. Zur Beurteilung der therapeutischen Ergebnisse wurden nur diejenigen Prostituierten herangezogen, die später wieder in das Spital aus irgend einem Grunde aufgenommen wurden. Von diesen 393 litten 231 wieder an Blennorrhoe, 162 waren dauernd gesund geblieben. Inwieweit die 231 noch an Folgen der alten Blennorrhoe litten oder reinfiziert waren, ist schwer zu entscheiden. Nur die Lokalisation giebt einen Anhaltspunkt. Bei 16 von den 162 war die Lokalisation bei der Wiederaufnahme eine andere; man kann sie wohl als reinfiziert ansehen. Es sind also 178 von 162 + 231 (45,4%) sicher wirklich geheilt worden. — Die Behandlungsdauer bei den nur an Blennorrhoe leidenden Prostituierten betrug durchschnittlich

5,3 Wochen. — Schwer war die Behandlung gravider Prostituierter, da man sich hier vor lokalen Applikationen hütet. Asch hat aber Salbeninjektionen in den Cervix oft bei Graviden ausgeführt, nur einmal trat Abort ein. — Die Behandlung war etwa folgende: In die Urethra wurde 4 mal täglich eine Injektion mit Ichthyol, Argentum nitricum, Argentamin, Argonin, Actol gemacht, und zwar in starken Koncentrationen. — Für den Cervix und die Uterinhöhle wurde einmal täglich die Playfairsche Sonde unter Benutzung derselben Flüssigkeiten verwendet; seltener wurden Salben oder Flüssigkeiten injiziert. — Adnexerkrankungen verlangten: Ruhelage, Ichthyoltampons, heifse Vaginalspülungen, Narcotica. — Eine Reihe von Fällen wurde zu gynäkologischen Operationen auf die gynäkologische Station verlegt. — Die Bartholinitis blennorrhoica geht spontan entweder in ein chronisches Stadium resp. in einen nicht spezifischen Katarrh über oder es kommt zur Cysten- resp. zur Abscefsbildung mit oder ohne Mischinfektion. Die Therapie bestand teils in Totalexstirpation der Drüse oder Injektionen durch die Ausführungsgänge. Die Ergebnisse berechtigen, zunächst den letzteren Weg einzuschlagen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Primäre bakterielle Blennorrhoe, von Eraud. (*Lyon. méd.* 1897. No. 20.) Entgegen der allgemein verbreiteten Ansicht, dafs der Neisserschе Gonococcus der alleinige Urheber der Blennorrhoe sei, behauptet Verfasser, gestützt auf einen ausführlich beschriebenen Fall, dafs noch andere Bakterien die Affektion verursachen können. Es handelt sich um einen jüngeren Mann, der sich 3 mal blennorrhoisch infizierte. Das erste Mal wurden neben unbestimmten Kokken ausschliefslich eine besondere Art kurzer Stäbchen, das zweite (nach 3 Jahren) ausschliefslich Gonokokken, das dritte (nach einem weiteren Jahre) ein Diplococcus nachgewiesen, der mit dem Gonococcus nicht identisch und gröfser als dieser war. Aufser dieser infektiösen Urethritis bestehen, nach der Ansicht des Verfassers, eine Reihe anderer nicht infektiöser Urethritiden, die unter gewissen Umständen (Kongestion der Genitalien etc.) durch Vermittelung vaginaler oder urethraler Saprophyten zu stande kommen. Auf diesem letzteren Wege würden dann auch die Urethritiden der Onanisten entstehen. *C. Müller-Genf.*

Jugendliche Blennorrhoiker, von Lucien Lofton. (*New York med. Journ.* 3. Oktober 1896.) Kurzer Bericht über zwei Negerknaben im 5. Lebensjahr, welche an ausgesprochener, durch den Nachweis von Gonokokken sicher gestellter Blennorrhoe erkrankt waren. Der Infektionsmodus war nicht klar nachzuweisen.

Philippi-Remscheid.

Noch ein interessanter Fall von Blennorrhoe bei einem Kinde, von J. D. Westervelt. (*New York med. Journ.* 5. Dezember 1896.) Einem 5jährigen Mexikanerknaben mufste wegen Eisenbahnunfall das Bein amputiert werden. Bei dieser Gelegenheit fand man, dafs er an ausgesprochener blennorrhoischer Epididymitis, sowie an weichem Schanker und Bubonen der linken Leiste litt. Der Knabe war, wie es scheint, von einigen Stammesgenossen mifsbraucht worden.

Philippi-Remscheid.

Allgemeininfektion bei Blennorrhoe, von J. M. Robinson. (*Med. News.* 29. August 1896.) Nach einer kurzen Rekapitulation der Litteratur über diesen Gegenstand von Barwell (1860) an wird folgender nicht uninteressanter Fall geschildert: Ein 32jähriger, sehr kräftiger Kommis erkrankte plötzlich mit allen Zeichen einer akuten Infektionskrankheit, Schmerzen an verschiedenen Stellen, Fieber etc. Am 8. Tage trat ein universeller Purpuraausschlag im Verein mit einer mäfsigen Schwellung einzelner Gelenke, Delirien und Erbrechen ein. Tod erfolgte am 4. Tage.

Bei der Autopsie fand sich eine eitrige Entzündung mehrerer Gelenke, sowie eine alte Striktur der Urethra nebst chronischer blennorrhoischer (Gonokokken daselbst) Entzündung der Schleimhaut. Verfasser glaubt, die Gelenkaffektion und die Allgemeinerkrankung unzweifelhaft auf die Blennorrhoe zurückführen zu müssen, wenn auch im Gelenkeiter aus äufseren Gründen Kokken nicht nachgewiesen wurden.

Philippi-Remscheid.

Einen tödlich verlaufenen Fall von akuter Blennorrhoe berichtet KLAMANN. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 41.) Ein Arbeiter erkrankte an akuter Blennorrhoe mit Fieber und Harnbeschwerden. Mehrere Tage darauf: Penis stark ödematös; Prostata aufserordentlich angeschwollen, schmerzhaft auf Druck; Urinsekretion fast versiegt; trockene Zunge, süfslicher Geruch aus dem Munde, Allgemeinbefinden typhusähnlich, rechtsseitige Pneumonie. — Die Schwellung des Penis nahm noch zu, die Eichel, Hoden, Damm wurden gangränös, sehr wenig, blutiger, jaucheartig riechender Harn konnte durch Katheter entleert werden. Sopor, Exitus letalis. Verfasser nimmt eine Septikämie an, bei der neben den Gonokokken noch andere Bakterien mitgewirkt haben müssen. Er berichtet über ein an Blennorrhoe mit hohem Fieber, starker Schwellung der Vulva und Vaginalschleimhaut erkranktes Mädchen, bei welchem in dem reichlichen Sekret neben den Gonokokken massenhaft ein kurzer, feiner Bacillus gefunden wurde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über experimentelle Blennorrhoe im Auge neugeborener Kaninchen, sowie Erfahrungen über die Kultur des Gonococcus, von HELLER. (*Charité-Annalen.* XXI. Jahrg.) Bei den im ganzen bisher wenig ergebnisvollen Versuchen, Tiere mit Gonokokken zu infizieren, ist eine grofse Reihe von Experimenten, die Verfasser anstellte, von Interesse. Zunächst schildert derselbe in vorliegender Arbeit eingehend das eingeschlagene Kulturverfahren, das Aussehen der Kulturen nnd der Gonokokken in denselben, dann berichtet er über seine Züchtungsversuche bei der Blennorrhoea conjunctivalis neonatorum et adultorum. Unter 15 Fällen der ersteren Gruppe erhielt er 7 mal ein positives Resultat, 2 zweifelhafte und 6 negative. Die beiden Augenblennorrhoen Erwachsener zeigten ein negatives Ergebnis. — Die Tierversuche knüpften zunächst an die Thatsache, dafs Kinderaugen so oft, diejenigen Erwachsener aber nur so selten blennorrhoisch erkranken. Er versuchte die Augen neugeborener Kaninchen zu infizieren und erhielt eine Reaktion auf die unter allen Kautelen vorgenommene Impfung an 48 Kaninchenaugen. Bei 7 Tieren war keine Reaktion, bei 12 eine unbedeutende eingetreten. Ein foudroyantes Krankheitsbild mit profuser Eiterung zeigten 3 Kaninchen mit vier Augen. Hier entsprach das Bild ganz demjenigen der Blennorrhoea neonatorum. Die Cornea wurde trübe, undurchsichtig und geschwürig. Im Sekret fanden sich oft nach 24 Stunden und später eine grofse Zahl von Gonokokken, was allerdings die beigefügte Abbildung kaum erraten läfst. Die Lagerung war meistens eine extracelluläre. Die Reinkultur des Gonococcus aus dem Kaninchenauge ist Verfasser zweimal gelungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Schwere blennorrhoische Infektion mit Hyperkeratose der Haut, von CHAUFFARD. (*Presse méd.* 1897. No. 33.) Der Fall, über den CH. in der „Société médicale des Hôpitaux" berichtet, bildet den vierten dieser Art (einer von JACQUET, je einer von VIDAL und JEANSELME). Der Patient, ein kräftiger junger Mann, hatte sich 2 mal blennorrhoisch infiziert und jedesmal die schwersten Erscheinungen gezeigt: akute Ophthalmie, multiple Arthritiden, Orchitis, Nephritis, wahrscheinlich Aortitis; die Allgemeinerscheinungen (Fieber, hochgradige Adynamie) waren derart, dafs sie jedesmal das schlimmste befürchten liefsen. Die Hauterscheinungen, die sich im Verlaufe

dieser Infektion einstellten, bestanden, wie bei den früher mitgeteilten Fällen, in folgendem: dicke, lamelläre, von zahlreichen Rissen durchzogene Hornsohlen an den Füfsen, kappenartiger Hornüberzug der Fersen, Hornkegel an der Glans penis, der inneren Schenkelfläche, später auch am Rücken und auf den Füfsen. Während Jaquet das Zustandekommen dieser Hauterscheinungen durch direkte Einwirkung des Nervensystems für wahrscheinlich hält, glaubt Ch., eher die Intensität des blennor. rhagischen Giftes hierbei beschuldigen zu müssen. — Die kegelförmigen Excrescenzen bestehen aus einem kappenartigen Horngebilde, welches einen hypertrophischen dermopapillären Kegel überzieht, der in dem Falle von Ch. jedoch nicht zellig, sondern zugespitzt, feucht, glatt und glänzend war. Gonokokken waren in den Schnitten keine nachzuweisen. Die Cutis zeigt keine Veränderungen, abgesehen von einer leichten Dilatation der Gefäfse, welche stellenweise besonders an den Spitzen der Capillarschlingen von zahlreichen Leukocyten umgeben sind; die Papillen der Cutis sind verlängert, geschlängelt, an der Spitze verdickt oder gabelig geteilt. An den Excrescenzen konstatiert man histologisch zu oberst eine lamellenartig geschichtete Hornlage, welche den adhärierenden Hornkegel überzieht und grofse Mengen Eleidin führt; folgt eine aus 4—6 Zellreihen bestehende Schicht Retezellen, welche die Spitzen der Papillen überzieht und in ihre Zwischenräume hinein Fortsätze abgiebt. Die Zellen der Schleimschicht sind unverändert geblieben, mit Ausnahme des Kerns, der in Proliferation begriffen ist. In den tieferen Lagen des Rete Malpighii konstatiert man zahlreiche aus den Papillen eingewanderte Leukocyten. Der ganze Prozefs besteht somit aus einer oberflächlichen papillären Dermitis mit vermehrter Bildung und Verhornung der Schleimschicht. — An der Diskussion beteiligen sich Duplocq, Debouc, Lindey, Galliard, Béclin, welche über mehr oder weniger schwere Gelenkkomplikationen bei Blennorrhoe und über die vorzüglichen therapeutischen Erfolge der Punktion bei denselben berichten. *C. Müller-Genf.*

Das Guajakol bei der blennorrhoischen Orchepididymitis, von Valerio Sienne. (*Ann. d. mal. d. org. génito-urin.* 1897. No. 3.) Das Guajakol sei in gewissen Stadien der Orchitis blennorrhoica als 5—10% Salbe von grofsem Nutzen. Bei der subakuten Form erziele man nach 9—12 Tagen Heilung, mit fast völligem Rückgang der Härte im Nebenhoden. Die Temperatur ändert sich wenig, aber die Empfindlichkeit und der Schmerz verminderten sich beträchtlich nach der ersten Anwendung der Salbe. Am oberen Teile des Scrotum beobachte man öfters im Gefolge dieser Behandlung ein Ekzem, das aber nach dem Gebrauche von Borwasserumschlägen schwindet. — Das Guajakol sei also vermöge seiner entzündungswidrigen, anästhesierenden und resorbierenden Wirkung in der subakuten Periode der blennorrhoischen Orchitis und selbst der traumatischen Form sehr angezeigt. *Neuhaus-München.*

Über die Albuminurie bei der Blennorrhoe, von Colombini. (*Policlinico.* 1897.) Verfasser hat in 372 Fällen von Urethritis blennorrhoica, wovon 72 mit Epididymitis kompliziert waren, den Urin auf Eiweifs untersucht und 66 mal ein positives Resultat erzielt. Mit anderen Autoren nimmt daher C. an, dafs die Beteiligung der Nieren bei Blennorrhoe häufiger vorkommt, als gewöhnlich angenommen wird. *C. Müller-Genf.*

Über Endocarditis blennorrhoica spricht Siegheim im Verein für innere Medizin in Berlin (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 14) im Anschlufs an einen beobachteten Fall, der unter Schüttelfrösten und schweren Allgemeinerscheinungen letal verlief. Es handelte sich um eine Frau, deren Mann sich aufserehelich blennorrhoisch infiziert hatte. Die Obduktion ergab: Endocarditis ulcerosa valvulae aorticae,

Myocarditis, Oedema pulmonum, Nephritis, Hepatitis parenchymatosa, Endometritis et Cystitis purulenta. Die der Lebenden und Toten entnommenen Blutproben ergaben mikroskopisch und kulturell ein negatives Resultat. In den Auflagerungen fand man semmelförmige Diplokokken i. e. Gonokokken, die intercellulär lagen, sich nach GRAM entfärbten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Gonokokkenendocarditis, von CARAGEORGIADES. (Dissert. Paris, 1897.) Verfasser erwähnt zwölf Fälle von Endocarditis, die meist von deutschen Autoren publiziert wurden und in denen der Gonococcus an der Oberfläche der Klappen konstatiert worden ist. Ein Fall wurde vom Verfasser selbst beobachtet.

C. Müller-Genf.

Blennorrhoische Peritonitis, von F. J. MC CANN. (*The Brit. med. Journ.* 19. Dez. 1896.) Verfasser betont mit Rücksicht auf den von B. SUTTON im *Brit. med. Journ.* vom 31. Oktober 1896 publizierten Fall die Notwendigkeit der Untersuchung des Eiters in Fällen von Pyosalpinx und Peritonitis. Er glaubt, dafs, wo die Entzündung nur durch den Gonococcus verursacht werde, die Pyosalpinx und Peritonitis vom adhäsiven Typus zu sein pflege und von keiner Eiterung begleitet sei. In Fällen jedoch, wo letztere eintrete, handelte es sich um eine Mischinfektion.

C. Berliner-Aachen.

Einen **Fall von Rectitis blennorrhoica** bei einem 19jährigen Päderasten beschreibt GRIFFON. (*Presse méd.* 1897. No. 13.) Die ersten Erscheinungen von Rectitis traten sieben Tage nach dem infektiösen Coitus per anum auf und bestanden in heftigem Tenesmus, wiederholtem Ausstofsen eines schleimig-eiterigen Pfropfens unter heftigen Schmerzen. Der Anus selbst zeigte keinerlei entzündliche Erscheinungen. Im Sekrete wurden massenhafte Gonokokken nachgewiesen. Behandlung mit täglichen Klystieren von Kalium permanganicum-Lösungen (1 : 4000).

C. Müller-Genf.

Bakteriologischer Beitrag zum Studium der periurethralen Abscesse infolge von Blennorrhoe, von STANZIALE. (*Rif. med.* No. 32.) In drei Fällen solcher Abscesse (an der Peniswurzel, des Sulcus glandis) fand S. im Eiter der künstlich eröffneten Abscesse den Gonococcus allein oder in Gesellschaft des Staphylococcus pyogenes albus und aureus. *C. Müller-Genf.*

Verwendung der Röntgenstrahlen beim Studium eines Falles von Rheumatismus deformans mit Tripperursprung, von ACHARD. (*Ann. d. mal. d. org. génito-urin.* 1896. No. 12.) Bei einem 50jährigen Kranken, der dreimal sich blennorrhoisch angesteckt hatte, waren klinisch, durch das Gesicht und die Betastung, eine ganze Reihe krankhafter Vorgänge (Arthritis deformans) sichergestellt, nur über *eine* auf Druck sehr schmerzhafte Stelle am Fufse, ein wenig hinter der Articulatio metatarso-phalangea, ergab die übliche Untersuchung keine Aufklärung. Aber die Photographie mittelst Röntgenstrahlen gab Aufschlufs, dafs eine Knochenaffektion hier vorliege. Man konnte an diesem genau umschriebenen Punkte einen dunklen Fleck wahrnehmen, welcher dem Schatten entsprach, der von einer abgerundeten osteophytischen Wucherung geworfen wurde. Durch einen Stiel hing sie zusammen mit dem ersten Metatarsalknochen. Wie die übrigen, schon vorher mit bloſsem Auge beobachteten Deformationen war auch diese krankhafte Änderung symmetrisch. Wie beim gewöhnlichen Rheumatismus deformans trifft man also auch bei blennorrhoischen Alterationen der Knochen, des Periosts, die Osteophyten. Diese Osteophyten können sogar sehr umfangreich werden. *Neuhaus-München.*

Moncorvo berichtet über einen weiteren **Fall von blennorrhoischer Arthrosynovitis im Kindesalter**, ein 11jähriges Mädchen betreffend. Die Affektion war auch hier wie gewöhnlich in diesem Alter polyartikulär. (*Journ. de clin. et de thérapeut. infantile.* 8. Jan. 1897.) *C. Müller-Genf.*

Über blennorrhoische Gelenkentzündung, von F. Koenig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 47.) Verfasser hält für das häufigste ursächliche Moment katarrhalisch-eiteriger und eiteriger Gelenkentzündungen die Blennorrhoe. Besonders sieht er derartige Gelenkerkrankungen in auffallend grofser Zahl in Berlin. Gonokokken im Gelenkinhalte zu finden, ist ihm niemals gelungen, wohl aber fand er meistens andere Mikrobien, Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken. Man thut deshalb richtiger von den Gelenkentzündungen der Blennorrhoiker zu sprechen. Klinisch stellen sich dieselben zunächst dar als einfacher Hydrops, als Hydrops serofibrinosus und catarrhalis, dann als Empyem. Zu letzteren kann sich die böse Phlegmone periarticularis hinzugesellen. Diese kann eine eiterige sein oder eine solche mit fibrinöser Infiltration und Exsudation (pseudomembranacea); dieselbe macht bedeutende Schwellung und lebhafte Schmerzen. Ob wirkliche Neuralgien vorkommen oder ob diesen eine fibrinöse Ausschwitzung zwischen den Gelenkentzündungen zu Grunde liegt, läfst Verfasser dahingestellt. Der einfache Hydrops ist eine leichte Form der Gelenkentzündung; er weicht einer Punktion mit nachfolgender Karbolsäureinjektion. Der serofibrinöse und katarrhalische Hydrops wird schon Incision und Drainage häufiger nötig machen. Die starre Schwellung bei dem Faserstoffergufs mit Infiltration der Hauptbänder entwickelt sich schnell und führt oft zu Ankylosierung, wobei die Verwachsung eine partielle sein kann. Am Kniegelenk tritt besonders häufig eine Verwachsung der Patella mit den Condylen ein. Kein Prozefs führt so schnell zur knöchernen Ankylose wie die Blennorrhoe, ausgenommen vielleicht die Gelenkentzündungen der Puerperae, die Verfasser jedoch auch für blennorrhoische hält. Für den Nachweis der Ankylose sind die Röntgenstrahlen von Wichtigkeit. Für diese Ankylose ist der Faserstoff verantwortlich, der schnell die Knorpel zerstört. Man findet diese Verwachsungen, meist mit starker Dislokation, besonders an den Gelenken, die ringsum von Sehnen umgeben sind, so an den Handgelenken. Es können überhaupt die Gelenke Sitz der blennorrhoischen Erkrankungen werden. — Die Therapie erheischt, wie erwähnt, bei Hydrops mit geringer Kapselschwellung Punktion und Karbolsäureinjektion. Bei periartikulärer Phlegmone wird punktiert, wenn viel Exsudat vorhanden ist. Dann sind von Nutzen die Vesikatoren und energische Applikation von Jodtinktur, bis die Haut wie Pergament ist oder selbst Blasen entstehen. Daneben sind nötig: Ruhe, Extension — besonders bei Coxitis und Gonitis. Bei eingetretener Ankylose käme die Fraktur des Gelenks in Frage; jedoch erfordert dieselbe eine ungeheure Charakterstärke des Patienten, da die 3—4mal täglich durch Monate nötige Mobilisierung unendlich schmerzhaft ist. Wo es sich nur um Kontrakturen handelt, sind Medicomechanik, Massage, aktive und passive Bewegungen am Platze. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gonokokken, aus einem Kniegelenk durch Punktion gewonnen, demonstriert Leyden unter dem Mikroskop im Verein für innere Medizin in Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. Vereinsbeil. 10.) Man sieht charakteristische Diplokokken, die Verfasser für zweifellose Gonokokken erklärt, trotzdem die Kultur nicht gelungen ist. Höchstens wäre eine Verwechselung mit dem Diplococcus intercellularis Weichselbaum möglich, der aber hier wohl kaum in Betracht kommt. Die Metastasierung des Gonococcus auf dem Wege der Blutbahn ist ein seltenes Ereignis, kommt aber sicher vor. Der Vortragende erinnert an den von ihm vor drei Jahren berichteten Fall von

Endocarditis. Auch Meningitis, Abscesse, Septikämie können durch Gonokokken erzeugt werden. Eine Zusammenstellung von MICHAELIS aus der Litteratur weist auf: 1. Blennorrhoische Gelenkaffektionen: a) nur mikroskopischer Nachweis: 3 Fälle, b) mikroskopischer und kultureller Nachweis: 5 Fälle. 2. Blennorrhoische Sehnenscheidenentzündung: 3 Fälle. 3. Blennorrhoische Abscesse: 3 Fälle. 4. Blennorrhoische Herzaffektionen: 9 Fälle. — Zum Schluſs wahrt LEYDEN seine Prioritätsrechte in Bezug auf den Nachweis einer Endocarditis blennorrhoica.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Gonococcus und die öffentliche Prophylaxis der Blennorrhoe. Eine Studie von E. FINGER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 3.) Die alte klinische Lehre von der Blennorrhoe des Weibes stellte folgende Sätze auf: 1. Der Hauptsitz der Blennorrhoe des Weibes ist die Vagina. 2. Die Urethritis des Weibes ist eine seltene Lokalisation. 3. Die Blennorrhoe des Weibes ist nicht die alleinige Ursache der männlichen; es kann ein Mann auch eine Blennorrhoe von einer vollkommen gesunden Frau acquirieren.

Die Entdeckung des Gonococcus hat alle diese Sätze wesentlich umgeändert. Die Vaginitis blennorrhoica hat sich als äuſserst selten, fast nur bei kindlichen und jugendlichen Personen vorkommend erwiesen. Dagegen sind Lieblingssitze: Urethra, Cervix, BARTHOLINsche Drüsen. Fest steht es jetzt ferner, daſs, wenn ein Mann von einem Weibe Blennorrhoe acquiriert, letzteres in seinen Genitalorganen irgendwo Gonokokken beherbergen muſs. Es können diese vorhanden sein, ohne klinische Symptome zu machen. Diese Thatsache ist für die Prophylaxe der Blennorrhoe von gröſster Wichtigkeit. Die klinische Untersuchung vermag nur einen Teil weiblicher Blennorrhoen zu eliminieren. Infolgedessen soll die polizeiärztliche Untersuchung wenig Nutzen bringen. Die englische Militärstatistik zeigt auch, daſs in England die polizeiärztliche Untersuchung, welche vom Jahre 1864 bis 1883 in 14 Garnisonen bestand, die Häufigkeit des Ulcus molle erheblich, von 14 % auf 5 %, herabgesetzt, die Häufigkeit der Blennorrhoe aber gar nicht beeinfluſst hat. — In demselben Sinne sind die häufigen Befunde von Gonokokken bei klinisch gesunden Prostituierten von Wert, wie sie STEINSCHNEIDER, WELANDER etc. erhoben haben. NEISSER fand unter 522 Prostituierten 126 mit Gonokokken behaftet, davon 104 klinisch gesund. Die Aufnahme dieser ins Krankenhaus hatte eine erhebliche Abnahme der Blennorrhoe bei der Mannschaft der Garnison zu Folge. JANOWSKY fand in der sekretfreien Urethra von Gonokokken enthaltenden Prostituierten massenhaft Gonokokken in den SKENEschen Lacunen. — Verfasser zählt dann alle weiteren, zahlreichen Arbeiten auf diesem Gebiete auf. Aus allen ergiebt sich, daſs die makroskopische Untersuchung keinen Wert hat, da der Mangel klinischer Symptome keinerlei Unterlage für die Ausschlieſsung der Blennorrhoe bietet. Die logische Konsequenz ist, daſs an Stelle der klinischen Untersuchungsmethode der Prostituierten die mikroskopische Untersuchung der Sekrete auf Gonokokken zu treten hat. Diesen Standpunkt nehmen auch fast alle maſsgebenden Dermatologen ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Gonokokkose, von RICHARD D'AULNAY. (*Rev. internat. de méd. et de chir.* Dezember 1896.) Verfasser betrachtet die Gonokokkeninfektion (Gonokokkose) als eine spezifische Infektion der Urethralschleimhaut (Gonokokkitis), welche sich durch die Wirkung ihrer Toxine auf das Lymph-, (Blut, Serosae, Gefäſse, Periost), Nerven- und Nierensystem ausbreitet (Gonokokkie). *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Spezifikum gegen Beriberi, von A. S. Ashmead-Norristown. (*University med. Mag.* Mai 1896.) Carreau erwähnt in seinen Beiträgen zur Behandlung der Lepra (*Pointe-à-Pitre.* Guadeloupe 1892) einen Leprakranken, der infolge eines Schlangenbisses nach 24 Stunden zu Grunde ging. Die Leprageschwülste dieses Kranken zeigten sich nach dem Tode bedeutend verkleinert und die günstige Beeinflussung der Lepra wurde von Carreau auf die durch das Gift hervorgerufene Methaemoglobinämie zurückgeführt. Infolgedessen wurde bei einem zweiten schweren Leprafall eine künstliche Methaemoglobinämie durch enorme Dosen von chlorsaurem Kalium erzeugt (!!). Der Patient erhielt innerhalb 60 Stunden 45 g dieses Salzes in drei Dosen, schwebte einige Tage zwischen Leben und Tod, erholte sich aber und zeigte eine ausgesprochene Besserung aller Leprasymptome.

Da das chlorsaure Kalium auch eine rasche Vermehrung des Hämoglobins bedingt (!), so könnte es vielleicht nach der Ansicht des Herrn Kollegen Ashmead ein Spezifikum gegen Beriberi vorstellen, da das Charakteristikum dieser Erkrankung eine Abnahme des Hämoglobins sei.

(Vielleicht findet sich jemand in Amerika, der diese Intoxikationsmethode bei allen Krankheiten mit Hämoglobinverminderung erprobt. Ref.)

H. Einhorn-München.

Die Bubonenpest, von J. Cantlie-London. (*Brit. med. Journ.* 9. Jan. 1897.) Das Ergebnis seiner Studien über diese Krankheit wird infolgenden Schlufssätzen zusammengefafst: I. Varietäten: 1. Die fulminante, 2. die typische, 3. die Pestis minor. Die Ursache von 1 und 2 ist ein im Blute und in den Geweben cirkulierendes Diplobacterium; die Ursache der Pestis minor ist ein weniger toxisch wirkendes Diplobacterium. Die Bezeichnung „Bubonenpest" hält Verfasser für ganz ungeeignet und schlägt für die fulminante und typische Form den Namen „Polyadenitis maligna", für die mildere Varietät (Pestis minor) die Bezeichnung „Polyadenitis benigna" vor. II. Infektion und Contagium: Die Pest wird übertragen 1. durch den Staub, welcher bei der Reinigung der von Pestkranken bewohnten Häuser entsteht, 2. durch längeren und intimeren Kontakt mit Pestkranken. III. Verbreitung: Die Pest tritt in einem bestimmten Bezirk von Asien auf, den man als „Pestbezirk" bezeichnen kann. Die Heimat der Pest ist gegenwärtig Mesopotamien und die benachbarten Länder. Von hier kann sie sich nordwärts nach dem Kaspischen Meer, westwärts nach dem Roten Meer, südwärts bis nach Bombay und ostwärts bis nach Formosa und dem Chinesischen Meer ausbreiten. IV. Der Bacillus der malignen wie der benignen Form der Pest sind einander sehr ähnlich, unterscheiden sich nur durch den Grad ihrer Virulenz. Die Polyadenitis benigna wie maligna können jede ihren eigenen Verlauf nehmen, ohne dafs die eine in die andere überzugehen braucht. Der Bacillus der benignen Varietät vermag jedoch eine bösartige Wirkung hervorzurufen, wenn er vorher irgend einen Zwischenwirt, vielleicht die Ratte, passiert hat.

C. Berliner-Aachen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXV. No. 12. 15. Dezember 1897.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über Befunde in „Resorcinschwarten".

Von

Dr. Cornelius Beck,

ehem. Assistent am pathologisch-histologischen Institut der Universität zu Budapest.

(Mit Tafel V.)

Während meines fünfmonatlichen Aufenthaltes an Dr. Unnas Laboratorium in Hamburg habe ich vielfach Gelegenheit gehabt, ein ziemlich reiches Material von „Resorcinschwarten" nach verschiedener Richtung hin mikroskopisch zu untersuchen. Dieses Material, welches ich mit Rücksicht auf die Art und Weise, wie es gewonnen wird, einfach mit dem Namen „Resorcinschwarten" bezeichne, wurde bis jetzt noch nicht zu Untersuchungszwecken verwertet, mufs aber von nun an als ein wertvolles Objekt zur Feststellung der Beschaffenheit der obersten Epidermislagen, der Hornschicht, an den verschiedensten Körperteilen betrachtet werden, und zur Beobachtung der Massen und Arten der verschiedenen in und auf der Hornschicht wuchernden Organismen und bis jetzt wenig bekannten Bestandteile bestimmter Gegenden der Oberhaut dienen. So z. B. wird das Studium dieses Materials mit Inanspruchnahme einer geeigneten und noch auszuarbeitenden Methodik uns sicher wertvolle Aufschlüsse über das Vorkommen, über die Verteilung und über die Art der Abstofsung des Oberhautpigmentes liefern, welche Frage trotz ihrer kolossalen Litteratur noch immer nicht als gelöst betrachtet werden kann.

Es ist eine von Unna inaugurierte Behandlungsweise für gewisse krankhafte Zustände der Gesichtshaut, welche mir die Resorcinschwarten lieferte und welche, wie nur wenige therapeutische Mafsnahmen — abgesehen von chirurgischen Eingriffen — den grofsen Vorteil hat, nicht nur in praktischer Hinsicht ganz vorzügliche Resultate zu geben, sondern gleichzeitig auch ein reiches Material für Laboratoriumszwecke zu liefern. Die Methode besteht in einer Abschälung der Hornschicht mittelst einer

starken Resorcinpaste. Die gewöhnliche Formel, welche aber je nach Individualität, Beschaffenheit der Haut und Platz der Anwendung geändert werden kann, ist die folgende:

Pastae Zinci (Unnae)	} = 10
Resorcini	
Ichthyoli	1,0

Die Anwendung ist sehr einfach und wird an Dr. UNNAS Klinik in folgender Weise ausgeführt. Zweimal täglich, früh und abends, wird die zu schälende Stelle der Haut, zumeist das Gesicht, nach vorhergegangenem tüchtigen Abwaschen mit grüner Seife, mit der oben angegebenen Paste eingeschmiert. Nachdem dies 3 bis 4 Tage lang gemacht worden ist, gewinnt die Haut ein straffes, gespanntes Aussehen, wodurch die feineren Gesichtszüge verloren gehen, und das Gesicht einen maskenartigen Ausdruck bekommt. Zu diesem Zeitpunkt hört man mit der weiteren Resorcinbehandlung auf; statt der Paste wird jetzt die Stelle für 24 Stunden mit Zinkleim bedeckt, was das Ablösen der alten Hornschicht von der darunter liegenden neugebildeten erleichtert. Nach 24 Stunden wird der Leim mit warmem Wasser entfernt und nun läfst sich die Haut, besser gesagt die obere alte Hornschicht mit den Fingern oder einer Pincette unschwer abziehen und es kommt die mit einer neuen sehr durchsichtigen Hornschicht bedeckte, rosige Haut zum Vorschein. Dieses Verfahren wird zur — wenigstens zeitweiligen — Beseitigung der Seborrhoe des Gesichtes, oberflächlicher Pigmentationen, als Nachkur bei Aknebehandlung auch von UNNAS Schülern (VAN HOORN etc.) mit bestem Erfolge angewendet.

Wie man sieht, ist das Verfahren sehr einfach. Die in Behandlung stehende Person mufs nur vom behandelnden Arzt überwacht werden, um den richtigen Zeitpunkt, wann die Kur beendigt sein kann, nach der Beschaffenheit der Haut zu erkennen. Unangenehme Komplikationen irgendwelcher Art habe ich unter den vielen beobachteten Fällen nie gesehen.

Diese abgeschälten Hornlamellen — die Resorcinschwarten — haben mir als Untersuchungsmaterial gedient, und in dem Folgenden möchte ich die Ergebnisse meiner Untersuchungen mitteilen. Dieselben gewinnen ein besonderes Interesse durch den Umstand, dafs sie zur Aufklärung der durch SABOURAUDS Arbeiten sehr aktuell gewordenen Frage über den Erreger der Seborrhoe einige Beiträge liefern. Natürlich darf die Frage noch lange nicht als — im Sinne SABOURAUDS — endgültig gelöst betrachtet werden. Ich gestehe es offen — und das gleich am Anfang meiner Arbeit —, dafs meine Untersuchungen vorläufig noch viel zu unvollständig sind, um aus ihnen feste Schlüsse ziehen zu können, wenn sie auch im grofsen und ganzen SABOURAUDS Resultate, bezüglich des konstanten Vorkommens von einem gewissen Mikroorganismus bei sebor-

rhoischer Beschaffenheit der Haut, bestätigen. Doch verfüge ich bis jetzt nur über histologische Untersuchungsergebnisse, es fehlen mir gänzlich bakteriologische Kulturversuche, die ich wegen äufserer Umstände nicht ausführen konnte, die aber unbedingt nötig sind, bevor man sich mit Sicherheit in einer oder anderer Richtung ausspricht. Diese Lücke meiner Arbeit werde ich bei der nächsten sich bietenden Gelegenheit ausfüllen, bis dahin müssen manche Spezialfragen in suspenso gelassen werden.

Bis jetzt habe ich Resorcinschwarten von mehr als zwanzig Personen untersucht. Dieselben wurden zumeist wegen Seborrhoe, Acne punctata oder pustulosa und Rosacea der Schälkur unterworfen. Und zwar wurden manche 6 bis 7 mal hintereinander geschält, welcher Umstand es mir möglich machte, die praktischen Erfolge der Schälkur mit den durch sie hervorgerufenen anatomischen Vorgängen zu vergleichen, d. h. festzustellen, was für eine Beschaffenheit die unter der alten Resorcinschwarte neugebildete Hornschicht gewonnen hat, ob und in welchem Mafse in der neuen Hornschicht jene Mikroorganismen wuchern, welche die alte beherbergt hat, kurz, ob sie sich äufseren Schädlichkeiten gegenüber in ähnlicher oder abweichender Weise verhält wie die abgeschälte alte Hornschicht.

Die Resorcinschwarten wurden immer erst in frischem Zustande makroskopisch untersucht und dann Stücke von ihnen in Alkohol eingelegt, um sie nach Einbettung in Celloidin in Querschnitte zu zerlegen.

Wenn man eine abgeschälte Hornlamelle von ihrer Kehrseite betrachtet, so sieht man, dafs sie mit zahlreichen, von 0,5 mm und noch kleineren sehr feinen bis 2 mm langen, feinen und dicken stachelförmigen Gebilden versehen sind (s. Fig. 1.) Sie entsprechen alle Follikelmündungen, d. h. es sind das kleine Hornzäpfchen, welche die Follikelmündungen verschliefsen. Man überzeugt sich hiervon schon dadurch, dafs man beim Abziehen mittelst der Finger oder Pincette beobachten kann, wie diese Pfröpfchen aus den Follikelmündungen herausgehoben werden. Bei Lupen- oder ganz schwacher Vergröfserung beobachtet man, dafs die feinen Hornzäpfchen trichterförmig, mit breiter, an der Hornlamelle anhaftender Basis und spitzem Ende versehen sind und oft ein allerfeinstes Härchen einschliefsen, dessen Ende über die Trichterspitze hinausragt, während die gröfseren und dicken von plumper Gestalt, von Halbkugel-, Ei- oder dicker Stabform sind, und das Härchen, wenn sie noch eines enthalten, durch ihre Masse so umgeben, dafs es nur an Schnitten sichtbar wird. Ihre Masse ist eine mehr schmierige, den echten Komedonen — als deren erste Anfänge sie thatsächlich zu betrachten sind, wie wir weiter unten sehen werden — ähnelnde. Feine und dicke Hornzäpfchen sind in sehr wechselndem und unstätem Verhältnis zu einander auf der Gesichtshaut verteilt. Das Vorwiegen der einen oder

anderen Form hängt vom Zustande der Haut (weite Follikelöffnungen, Seborrhoe etc.) und — was besonders hervorzuheben ist — von der Topographie derselben ab, so dafs wenn auch ein Schwanken, verursacht durch mehr oder minder vorhandene Seborrhoe, Akne etc., innerhalb gewisser Grenzen vorkommt, doch bei einiger Übung rein aus der makroskopischen Besichtigung der Kehrseite der Resorcinschwarte mit ziemlicher Genauigkeit zu bestimmen ist, von welcher Gegend des Gesichtes die abgeschälte Hornlamelle stammt.

Wenn wir eine ungefähr normale Gesichtshaut der Resorcinschälkur unterwerfen und nach der Ausschälung die aus den verschiedenen Gegenden des Gesichtes stammenden Resorcinschwarten betrachten, so finden wir die folgende Verteilung und Lokalisation der an der Innenfläche der Resorcinschwarten haftenden Hornpfröpfe. Der Stirnteil ist mit langen feinen stachelförmigen Zäpfchen versehen, welche in beinahe regelmäfsiger Entfernung — 0,5 bis 1,0 mm — von einander stehen, nur hie und da findet man ein dickes plumpes Zäpfchen einem erweiterten Follikelausgang entsprechend. In analoger Weise verhält sich der Wangenteil, jedoch mit dem Unterschiede, dafs an den der Nasenbasis und Nasolabial-Furche naheliegenden Teilen die Entfernung der Zäpfchen unregelmäfsiger wird, gleichzeitig aber — und dies ist der bezeichnende Punkt — immer mehr und mehr dicke Hornpfröpfe auftreten. Hie und da stehen sie so nahe aneinander, dafs 2—3 dieser Pfröpfe sich beinahe berühren. Verfolgen wir nun die Hornlamellen immer weiter hinauf gegen den Nasenrücken, besonders aber die Nasenspitze zu, so überzeugen wir uns davon, dafs immer mehr und mehr die Zahl der dicken Hornzäpfchen zunimmt und sie oft beinahe allein zu finden sind, nur mit sehr wenigen feinen Zäpfchen vermischt. Die Gestalt der einzelnen Zäpfchen wird, je mehr wir uns der Nasenspitze und der Wurzel der Nasolabial-Furche nähern, immer dicker und plumper, die Konsistenz schmieriger, bis wir endlich den ganz ausgebildeten echten Komedo vor uns haben. Es ist also aus diesen immer wiederkehrenden Merkmalen die von der Nase und ihrer unmittelbaren Umgebung stammende Resorcinschwarte als solche leicht zu erkennen. Die vom glatten unbehaarten Kinn (bei Frauen) abgeschälte Hornschicht besitzt auch eine ihr eigene leicht erkennbare Struktur. Die nicht sehr langen dünnen Zäpfchen stehen 2—4 und mehr Millimeter weit von einander entfernt, sie sind nur spärlich vorhanden; aufserdem ist aber die Resorcinschwarte der Kinngegend durch ihre „Felderung“ gekennzeichnet. Sie ist durch sich kreuzende Furchen in verschieden grofse und verschieden geformte Flächen geteilt, ganz so, wie wir z. B. dies in allerausgesprochenster Weise an der Haut des Handrückens sehen. Diese „Oberhautfelderung“ wird um so deutlicher, je mehr wir uns der Halsregion nähern.

Beim Manne verhindert der Bart das Abziehen von gröfseren Hornstücken nach der Schälkur, sowohl am Kinn wie an der Oberlippe und anderen behaarten Regionen. Man kann höchstens nur 1—2 cm lange und breite Schuppen erhalten, welche auch sehr brüchig sind, und an der Stelle, wo sie vom Haare durchbohrt sind, ein rundliches Loch besitzen. Da ich in einem Falle auch kleine Flächen von Brust und Rücken der Schälkur unterworfen habe, möchte ich auch kurz das Aussehen der von dieser Gegend stammenden Resorcinschwarten beschreiben. Dieselben, sowohl von der Brust wie vom Rücken stammend, sind sehr dünn, dünner als die Lamellen, welche man vom Gesicht gewinnt, und sehr brüchig, so dafs auch von diesen Regionen nur Schüppchen zu erhalten sind. Sie enthielten nur äufserst wenige Hornzäpfchen, zumeist nur eines oder auch gar keines auf einer ungefähr ein Quadratcentimeter grofsen Hornschuppe. Die Pfröpfchen waren in dem Falle, wo ich sie untersucht habe — es handelte sich um ein am Gesicht stark mit Akne und Seborrhoe behaftetes Individuum —, kurz doch ziemlich dick.

Es giebt also, wie aus der obigen Beschreibung hervorgeht, zweierlei Arten von Zäpfchen, welche schon makroskopisch von einander zu unterscheiden sind, mikroskopisch aber noch hervorragendere Abweichungen in ihrer Struktur aufweisen, doch nicht ohne uns gewisse Anhaltspunkte zu liefern, welche die Entwickelung der einen Art aus der andern, der dicken aus der dünnen, uns klar legen. So sehen wir z. B., dafs bei mikroskopischer Untersuchung manche Hornpfröpfe, die wir makroskopisch als feine dünne bezeichnet hätten, nach Inhalt und Struktur sich den grofsen dicken nähern, und dafs diejenigen Zäpfchen, die wir schon makroskopisch als eine Übergangsform erkannt hätten, mikroskopisch schon ganz die Charaktere der dicken plumpen besitzen.

Bevor ich nun zur Bescheibung der mikroskopischen Befunde in den Resorcinschwarten übergehe, möchte ich kurz die Resultate von Sabourauds Untersuchungen über Ätiologie und Veränderungen der Haut bei der Seborrhoe zusammenfassen, da auch meine Untersuchungen einen, wenn auch nur bescheidenen Beitrag zu dieser Frage liefern. Auch will ich noch einiger anderer älterer Arbeiten, die mit der Frage im Zusammenhang stehen, Erwähnung thun, und zwar speziell der Arbeiten von Unna und Hodara über Akne.

Von den von Sabouraud im Laufe der letzten zwei Jahre publizierten Arbeiten interessieren uns hauptsächlich seine zwei letzten Mitteilungen: die eine „La seborrhée grasse et la pelade", publiziert in den „*Annales de l' Institut Pasteur*" 1897, 25. Februar und die andere betitelt: „Sur la nature, la cause, et le mécanisme de la calvitié vulgaire", erschienen in „*Annales de Dermat. et Syphil.*" 1897, März, No. 3.

Nachdem Verfasser in dem ersten Teil seiner ersten Arbeit kurz die immer einförmige Symptomatologie der reinen Seborrhoea oleosa beschrieben hat, geht er auf die Beschreibung jenes Mikroorganismus über, den er beständig in dem genannten krankhaften Zustand der Haut findet. Es ist dies der Mikrobacillus seborrhoicus. Wenn man eine seborrhoische Haut stark preſst oder mittelst einem mit der Kante aufgedrückten Objektträger abschabt, und das so erhaltene ölige Exsudat mikroskopisch untersucht, so findet man in demselben Milliarden von immer ein und demselben kleinen Bacillus. Derselbe läſst sich leicht nach Gram färben, ist kaum 1 μ lang und 0,5 μ breit, und bildet manchmal Sförmige kurze Ketten. „Die Lokalisation der Bacillenkolonien in der Haut ist aufserordentlich charakteristisch und immer dieselbe. Man weifs — sagt Verfasser — dafs die Talgdrüsen immer den Anhang eines Haarfollikels bilden, in welchen sie schief einmünden. Die Einmündung findet immer zwischen dem oberen $^1/_3$ und unterem $^2/_3$ des Haarfollikels statt. Die Kolonien des Bacillus der fettigen Seborrhoe sitzen nur im oberen Drittel des Follikels zwischen der Hautoberfläche einerseits und der Drüseneinmündung andererseits. An dieser Stelle ist der fingerförmige Fortsatz des Epidermis-Handschuhs, welcher den Follikel bildet, zu einer ampullenförmigen Erweiterung angeschwollen. Seine epitheliale Wandung ist abgeplattet und atrophisch. In dieser Ampulle ist das Haar durch einen aus Hornlamellen und Sebummassen gebildeten Cocon an die Seite geschoben. In diesem Cocon ist die Bacillenkolonie eingekapselt."

Die Cocons sind leicht in Form eines fetten Cylinders aus der Haut herauszudrücken. Einige der Cocons können riesige Dimensionen annehmen und bilden dann den Komedo, der aufser den kolossalen Mengen von Mikrobacillen, die sein Inneres ausfüllen, immer auch Organismen anderer Art an seiner Peripherie und Oberfläche beherbergt. Der Komedo bildet auch den Ausgangspunkt der Akne und zwar „entsteht die Akne durch eine sekundäre Infektion des Komedos, während der Komedo nichts weiter als ein riesenhaft ausgebildeter und degenerierter seborrhoischer Cocon ist." Was die Arten jener Mikroorganismen anbelangt, welche durch sekundäre Infektion die Akne hervorrufen sollen, so meint Verfasser, dafs die Acne indurata und pustulosa durch einen Coccus bedingt ist, der in Kulturen eine weifse Farbe hat, und sich vom Staphylococcus albus dadurch unterscheidet, dafs er stark nach Buttersäure riecht und die sauren Nährböden den alkalischen vorzieht. Unnas Flaschenbacillen scheinen keine pathogene Rolle zu spielen. Die bei allen Aknekranken so oft zur Beobachtung kommende häufig recidivierende Furunkulose ist durch sekundäre Infektion des Mikrobacillencocons der seborrhoischen Ampulle durch den Staphylococcus aureus bedingt.

Nach dieser Beschreibung der Seborrhoe und deren Komplikationen

am Gesicht und unbehaarten Körperteilen geht Verfasser auf die Seborrhoe der behaarten Kopfhaut über. Auch hier giebt es Krankheitsbilder, die durch sekundäre Infektionen auf seborrhoischer Grundlage verursacht werden, wie z. B. die Seborrhoea sicca oder Pityriasis capitis, über deren Flora jedoch unsere Kenntnisse noch sehr unvollkommen sind. Ich möchte die Grenzen meines beschränkten Arbeitsplanes übertreten, wenn ich Sabourauds interessante Beobachtungen und geistreichen Auseinandersetzungen über die Endstadien der Seborrhoe der behaarten Kopfhaut und über die Beziehungen der seborrhoischen Kahlheit zur Alopecia areata — mit welcher er sich im zweiten Abschnitt seiner Arbeit beschäftigt — auch nur kurz skizzieren wollte. Seine Untersuchungen haben einen lebhaften Widerspruch sowohl unter französischen wie unter ausländischen Dermatologen erweckt, und gewifs wird noch lange um manche durch seine Arbeiten aufgetauchte Fragen gestritten werden. Ich mufs nur noch erwähnen, dafs es nach langer mühevoller Arbeit Sabouraud gelungen ist, den Mikrobacillus der Seborrhoe zu kultivieren. Er bediente sich eines sauren Nährbodens von folgender Zusammensetzung:

Pepton[1]	20
Glycerin	20
Acid. acet. crystal.	gts. V.
Aqua	1000
Agar-Agar	13.

Die gröfste Schwierigkeit bei der Herstellung von Reinkulturen bot die Ausschaltung jenes weifsen nach Buttersäure riechenden Coccus, der immer mit dem Mikrobacillus zusammen wuchs. In welcher Weise er endlich tadellose Reinkulturen gewonnen hat, darauf giebt die Originalarbeit Antwort, ich kann an dieser Stelle nicht näher auf diese Frage eingehen. Die Tierversuche haben keine sicheren Beweise für die spezifische Pathogenität des Mikrobacillus geliefert, und darum drückt sich auch Verfasser sehr vorsichtig in folgender Weise aus: „Au début de ce travail j'ai pu avancer, que le microbacille de la séborrhée, hôte unique et innombrable de ses lésions en était l'expression microbienne constante, sans pouvoir démontrer cependant, qu 'il en est la cause, puisque je n'ai pu avec lui reproduire à volonté le type de la maladie dans laquelle on le rencontre."

Die zweite uns interessierende Mitteilung beschäftigt sich speziell mit der Ätiologie und Pathologie der Kahlheit, Calvitia vulgaris, welche nach Sabouraud durch denselben Mikroorganismus und durch denselben mechani-

[1] Nach Sabourauds mündlicher Mitteilung soll aber dieser Nährboden nur dann ein Wachstum liefern, wenn man zu seiner Herstellung Chassaings (Chaissaing et Cie., Paris, 6 Avenue Victoria) Pepton benutzt. Alle anderen ähnlichen Produkte sind unbrauchbar.

schen Prozefs verursacht werden soll, wie die Seborrhoe der unbehaarten Haut. Auch hier ist die Anwesenheit des seborrhoischen Cocons mit seinem kolossalen Bacillengehalt beständig nachzuweisen. In diesem Artikel spricht sich SABOURAUD schon mit gröfserer Bestimmtheit für die ätiologische Wichtigkeit des Mikrobacillus seborrhoicus aus, indem er zu der Konklusion gelangt, dafs „la calvitié vulgaire n'est que la séborrhée grasse du vertex constituée à l'état chronique" und „la calvitié vulgaire est donc une maladie microbienne spécifique, parfaitement caracterisée."

Der von SABOURAUD so eingehend studierte Mikrobacillus ist jedoch nicht von ihm entdeckt worden. Früher ist er schon mit gröfster Genauigkeit von UNNA in seiner Histopathologie der Hautkrankheiten und von M. HODARA in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894, Bd. II beschrieben worden, jedoch haben diese Autoren dem Bacillus eine andere Bedeutung zugeschrieben. Da sich die Untersuchungen von HODARA ausschliefslich auf den Komedo, diejenigen von UNNA nur auf den Komedo und Akne beziehen, haben natürlicherweise beide Autoren den Bacillus nur mit denjenigen Prozessen in kausalen Nexus gebracht, in welchen sie den Bacillus gefunden haben, namentlich mit der Akne und mit dem Komedo. Von hier der Name Akne bacillus.

Ich gehe nun auf die Beschreibung meiner mikroskopischen Befunde über.

An meinen Querschnitten durch die Resorcinschwarten fällt vor allem die beträchtliche Dicke der Hornschicht auf. Diese abnorme Dicke ist durch die Resorcinwirkung bedingt. Das Resorcin ist als eine reduzierende Substanz ein die Verhornung der Epithelien beförderndes Mittel par excellence.[2] Während normalerweise die Gesichtshaut nur mit wenigen ganz dünnen Hornlamellen bedeckt ist, geht die Verhornung unter der Resorcinpaste so rasch vor sich, dafs in der kurzen Zeit von 3—4 Tagen eine $^1/_3$ bis $^1/_2$ mm dicke Hornschicht gebildet wird, welche allerdings auch nach längerer Einwirkung nicht mehr an Dicke zunimmt, da sie sich nach Verlauf dieser Frist von ihrer Unterlage abhebt. Bei Färbung mit polychromem Methylenblau ist eine deutliche „Schichtung" dieser Resorcinschwarten wahrnehmbar, welche uns beweist, dafs die Verhornung schubweise vor sich geht, d. h. nachdem eine aus 3—5 Hornzellenlagern bestehende Schicht gebildet wurde, stellt sich ein Stillstand ein, welcher durch eine scharfe Grenzlinie markiert ist. Darunter kommt eine zweite, dritte, vierte u. s. w. Schicht zur Ausbildung, jede mit einer scharfen Linie begrenzt. Diese schubweise Verhornung kann durch zwei Momente verursacht werden.

---

[2] s. J. C. KELLOGG, Über Resorcin etc. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. Bd. XXIV. No. 5.

1. Durch die Art und Weise, wie die Schälkur vorgenommen wird, nämlich durch das wiederholte Auflegen neuer Pastemassen früh und abends; sie kann also durch rein äufserliche mechanische Gründe bedingt sein;

2. durch die Cirkulationsverschiedenheit, welche im lebenden Organismus während des Tages und während der Nacht existiert. Dies wäre eine physiologische Erklärung für das erwähnte Phänomen. Vielleicht spielen beide Momente eine Rolle bei dem Zustandekommen der Schichtung. Doch wollen wir uns nicht lange bei diesem Punkte aufhalten.

Es ist auch zu bemerken, dafs in den Resorcinschwarten beinahe alle Epithelkerne gut färbbar erhalten bleiben, was auch für eine sehr rasch stattfindende und deshalb unvollständige Verhornung spricht.

Wenden wir uns nun zur genaueren Untersuchung der diesen Resorcinschwarten anhaftenden Hornzäpfchen — deren Charaktere, wie sie sich bei Besichtigung mit unbewaffnetem Auge und unter der Lupe darbieten, schon beschrieben wurden — so können wir folgendes wahrnehmen. Die kleinsten dieser Hornzäpfchen bestehen rein aus Hornsubstanz, oft mit einem centralen Härchen versehen. Ihre äufsere Wand ist durch eine dichte manchmal ebenfalls geschichtete Hornlamelle gebildet, während sie gegen das Centrum zu aus mehr lockeren Lamellen esteht. Beinahe immer finden wir diese kleinsten Zäpfchen frei von jeglichen Mikroorganismen (Fig 2, a a_1 a_2). Es sitzen höchstens nur an ihrer Oberfläche einige Kokken oder Flaschenbacillen. Doch begegnet man hie und da auch solchen Zäpfchen, welche in der feinen Spalte zwischen den Härchen und den sie umgebenden Hornlamellen einige spärliche sehr kleine Bacillen enthalten. Andere etwas gröfsere Zäpfchen besitzen ein Lumen, von allen Seiten von Hornsubstanz umgeben, in welchem schon gröfsere Mengen derselben kleinen Bacillen zu finden sind (Fig. 2, b). Sicher hat auch die Hornsubstanz der Zäpfchen durch die Resorcinwirkung — ebenso wie die oberflächlichen Lamellen — eine beträchtliche Verdickung erfahren, doch ist es unstreitbar, dafs sie nicht vollständig Kunstprodukte sind, sondern vielmehr auch der unbehandelten Hornschicht anhaften, da man ja bei gewöhnlichen Hautquerschnitten die Fortsetzung der Hornlamellen in den obersten Teil der Follikelöffnung regelmäfsig beobachten kann. Durch die Resorcinwirkung werden die normalen Verhältnisse nur übertrieben, die Hornzäpfchen vergröfsert, aber in ihrer Form nicht verändert.

Die kleinen aber schon ein centrales Lumen und darinnen Bacillen enthaltenden Hornzäpfchen bilden den Übergang zu den grofsen und plumpen Gebilden, welche wegen der Ähnlichkeit ihrer Form mit den Seidenraupenpuppen von Sabouraud mit dem Namen „Cocon" bezeichnet worden sind. Sie treten unter dem Mikroskop in sehr mannigfacher

Gestalt auf, doch sind sie — abgesehen von zufälligen Bestandteilen — immer aus denselben drei Hauptelementen gebildet, namentlich 1. aus Hornsubstanz, 2. wenig Talg, 3. aus Massen einer bestimmten Bacillenart, welche mit UNNAS Aknebacillus und SABOURAUDS Mikrobacillus seborrhoicus identisch ist.

Der Cocon kann je nach dem Grad seiner Entwickelung vollständig von einem Hornmantel umgeben sein, oder nach oben gegen die äufsere Hornschicht und nach unten gegen das Stratum granulosum der Epidermis offen münden. Der erste Typus ist in Fig. 3, der zweite in Fig. 4 wiedergegeben. In Fig. 3 sehen wir, dafs die centrale Bacillenmasse, allseitig von zarten Hornlamellen umgeben, in der Tiefe von einem dichten Hornpanzer begrenzt ist. Die Bacillen sind in Haufen geordnet, welche ebenfalls von dünnen Hornlamellen und wenig Talg von einander getrennt sind. Die ganze innere Bacillenmasse ist von der Hornsubstanz eingekapselt, in deren oberen und peripheren Spalten man manchmal kleinen Gruppen von andersartigen Mikroorganismen begegnet, namentlich Kokken und Flaschenbacillen. Dieselben sind aber im Vergleich zu den kolossalen Massen des Mikrobacillus immer nur in verschwindend geringer Menge vorhanden. Während die Masse der Mikrobacillen an Zahl immer mehr und mehr zunimmt, wird die Hornhülle immer mehr und mehr gedehnt, bis sie endlich in ihrem engen Raum keinen Platz mehr finden, nach aufsen und nach innen zu ihre Hülle durchbrechen. Es mufs jedoch bemerkt werden, dafs oft auch ganz kleine Cocons offen an die Oberfläche münden (Fig. 2, b). Erst nach der Invasion der Mikroorganismen in die Follikelmündung beginnt die übermäfsige Bildung von Hornsubstanz, durch welche die Bacillenhaufen eingekapselt werden. Die Hornbildung kann jedoch mit der Pilzwucherung nicht Schritt halten, und so entstehen die offen mündenden Cocons. Man sieht in Fig. 4, dafs die den Cocon umgebende äufsere dichte Hornschicht keine kontinuierliche Umhüllung bildet, wie in Fig. 3, sondern bei a—a, gesprengt ist, und zwischen ihren beiden Rifsenden eine Bacillenmasse frei eingelagert ist, während die das Innere des Cocons durchziehenden feineren Hornlamellen die Bacillenhaufen — ohne sie von oben abzusperren — sich frei an die Oberfläche ergiefsen lassen. Die sich so an die Oberfläche der Hornschicht ergiefsenden Bacillen gelangen in die Nachbarfollikel und führen, falls sie da einen günstigen Nährboden zum Wachstum und zur Wucherung finden, wieder zur Bildung neuer Cocons. Ob die nach innen durchbrechenden Mikrobacillenmassen in den tieferen Epidermisschichten irgend einen krankhaften Prozefs hervorrufen, darf ich bis jetzt nicht mit Sicherheit behaupten. Doch scheint es mir nach dem einen in dieser Richtung hin sehr genau untersuchten Falle wahrscheinlich, dafs die in die Tiefe gelangten Mikrobacillen imstande sind, einen

Eiterungprozefs hervorzurufen, welche zur Aknepustelbildung führt. Die Schnitte von einem e vivo excidierten Aknepustelchen liefern uns nämlich das folgende mikroskopische Bild. Die Hornschicht ist mit der Körnerschicht und mit wenigen stellenweise ihr anhaftenden Stachelzellen von der Stachelschicht der Epidermis durch eine dichte Eitermasse abgehoben, welche die seitlichen und unteren saftreichen Epithelzellen platt drückt. An dem am meisten hervorgewölbten Teile der oberen Blasendecke hängt ein aus dichten Hornlamellen, wenig Talg und grofsen Mikrobacillenmengen gebildeter länglicher Pfropf, ein seborrhoischer Cocon oder kleiner Komedo. Der Cocon mündet offen ins Bläschen; die wuchernden Mikrobacillen haben freien Austritt nach unten. Im Pustelinhalt, zwischen den dichtgedrängten Eiterzellen sind Haufen von Mikrobacillen wahrzunehmen, umgeben von kugeligen Talgmassen oder nicht. Nirgends ist eine Spur von Kokken oder einem anderen Mikroorganismus aufser dem erwähnten Bacillus mikroskopisch zu entdecken. Zur völligen Sicherheit wäre es allerdings nötig gewesen, auch durch Kulturversuche die Abwesenheit von eitererregenden Kokken nachzuweisen; doch wenn wir in Betracht nehmen, dafs bei akuten oberflächlichen oder tiefen, durch pyofore Kokken hervorgerufene Eiterungen die Kokken immer in sehr grofser Zahl vorhanden und besonders mittelst der Gramschen oder anderen Jodmethoden in allen Schnitten mit gröfster Leichtigkeit nachzuweisen sind, so hat man gewifs einige Berechtigung zur Annahme, dafs dort, wo mikroskopisch keine Kokken nachweisbar sind, dieselben auch thatsächlich fehlen. Es ist ja schon vor langem nachgewiesen worden, dafs die Eiterbildung kein Privilegium der klassischen pyoforen Kokken ist, dafs vielmehr die allerverschiedensten Mikroorganismen zur Eiterbildung führen können; warum sollte denn der Mikrobacillus nicht diese Eigenschaft besitzen? Und doch sehen wir, dafs noch immer von vielen und sogar von sehr kompetenten Seiten jede Eiterung auf einen schon früher erkrankten Boden, auf eine „sekundäre Infektion“ zurückgeführt wird. Ich glaube sogar, dafs der Mikrobacillus nicht nur ganz oberflächliche, sondern auch tiefere Eiterungen hervorzurufen im stande ist. Wenigstens sieht man an meinen Präparaten, wie die anfangs nur zwischen den Schichten des Epithels platznehmende Eiterung in die Tiefe des Follikels eindringt, ja sogar das Epithel durchbricht und in der Cutis platzgreift. Trotzdem ist aber auch in diesen tiefsitzenden Eiterherden keine Spur von einem anderen Mikroorganismus als der Mikrobacillus zu finden. Man mufs nun zugeben, dafs Unnas Bezeichnung, der diesen Bacillus Aknebacillus nannte, insofern ihre Berechtigung hatte, da vieles dafür spricht, dafs derselbe auch Erreger der Akne ist. Allerdings sind aber noch weitere Untersuchungen nötig, um die Richtigkeit unserer Annahme zu unterstützen, nämlich zu beweisen, dafs zur Aknepustelbildung keine

sekundäre Infektion des seborrhoischen Cocons nötig ist, wie dies SABOURAUD annimmt, sondern dafs der Mikrobacillus selbst positive chemotaktische Eigenschaften besitzt, welche zur Eiterung führen können.

Die Morphologie des Mikrobacillus wurde von UNNA, HODARA und SABOURAUD so genau beschrieben, dafs es mir überflüssig scheint, die Beschreibung an dieser Stelle zu wiederholen. Ich möchte nur auf die charakteristische, mehr oder minder typisch in allen Cocons wiederfindbare Anordnung der Bacillen aufmerksam machen. Die dichtgedrängten Bacillenmassen schliefsen kreisrunde oder ovale, hie und da eingebuchtete helle Stellen ein, welche nur relativ spärliche und sehr oft strahlenförmig geordnete Bacillen enthalten. Übrigens spricht Fig. 5, welche dieses Verhältnis darstellt, klarer als jede weitläufige Beschreibung.

In meinen bisherigen Erörterungen habe ich auf die eventuellen Verschiedenheiten, welche man in den Resorcinschwarten, die von der ersten Schälung abstammen, und in denjenigen, welche von den nach kurzer Zeit darauf folgenden wiederholten Schälungen gewonnen worden sind, beobachten kann, keine Rücksicht genommen. Da nun manchesmal thatsächlich Unterschiede zwischen den ersten und den späteren Resorcinschwarten existieren, mufs ich auch diese kurz beschreiben. Schon die die äufsere Bedeckung bildenden Hornlamellen der ersten und der nachfolgenden Schälungen weichen oft in ihrer Struktur voneinander ab. Oft, doch nicht immer, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil je nach der Behandlungsweise, namentlich nach der Zeit der Einwirkung der Resorcinpaste auf die Haut, diese Unterschiede mehr oder weniger hervortreten oder auch ganz verwischt werden können. Gewöhnlich sind die späteren Resorcinschwarten saftreicher als die erste. Während die erste teilweise aus unter physiologischen Umständen gebildeten Hornlamellen besteht, sind die zweite und die folgenden ganz unter der Einwirkung der Resorcinpaste entstanden, welche als ein reduzierendes Mittel eine sehr rasche Verhornung hervorruft. Unter diesen Umständen kann auch die Verhornung der Epidermiszellen keine vollständige sein. Die meisten behalten nicht nur ihre Kerne — was zumeist auch in den ersten Resorcinschwarten der Fall ist — sondern auch ihre Form. Sie sind stellenweise gar nicht oder nur wenig abgeplattet, besitzen deutliche Konturen, ja es bleiben sogar die Lymphspalten zwischen den Epithelzellen mit ihrem ursprünglichen Kaliber erhalten. Durch ein längeres Einwirken können jedoch diese Unterschiede verschwinden, die Verhornung wird vollständiger und die Resorcinschwarten von erster und nachfolgenden Schälungen sind nicht mehr voneinander zu unterscheiden. Viel wichtiger, auch in praktischer therapeutischer Hinsicht, sind die Unterschiede, welche zwischen den Cocons der ersten und den späteren Resorcinschwarten zu beobachten

sind. Diese Differenzen sind von denselben äufseren Verhältnissen abhängig, die ich schon oben erwähnte, namentlich von der Dauer der Einwirkung der Resorcinpaste. Auch die Cocons aus erster und diejenigen aus nachfolgenden Schälungen können durch ein zu langes Liegenlassen der Paste resp. der sich abhebenden Hornschicht sich ganz ähnlich sehen, dieselbe Hornstruktur, denselben Bacillengehalt besitzen, so dafs wir uns unwillkürlich fragen müssen, ob in solchen Fällen von der Schälkur therapeutisch etwas zu erwarten ist? Wie können wir in der That auf eine auch nur zeitweilige Heilung oder Besserung der seborrhoischen Beschaffenheit der Haut rechnen, wenn wir nach der zweiten, dritten, vierten etc. Schälung immer wieder denselben Bacillenmengen in- und aufserhalb der Cocons begegnen. Es ist zwar noch nicht sicher bewiesen, ob diese Bacillen wirklich die Erreger der Seborrhoe sind, oder ob sie nur eine untergeordnete Rolle in der Ätiologie dieses krankhaften Zustandes spielen, doch sicher ist, dafs ihr Vorhandensein in grofsen Massen immer mit dem Vorhandensein von erweiterten Follikelmündungen, von Cocons und Komedonen, Seborrhoe und Akne koincidiert, so dafs ihr Nachweis in grofsen Mengen nach wiederholten Schälungen als Zeichen dienen mufs, dafs keine nennenswerte Veränderung im Zustand der Haut durch die Kur hervorgerufen wurde. Lassen wir jedoch die Resorcinpaste nur eine kurze Zeit lang auf der zu schälenden Stelle liegen, nur eben so lange, bis die Schwarte zu entfernen ist, so finden wir bedeutende Unterschiede zwischen den Cocons der ersten und den späteren Schälungen. Die Gröfse der Cocons bleibt unverändert, sie kann eher etwas zu- als abnehmen, da ja das Kaliber des Follikelausganges sich nur durch Vernarbung verkleinern könnte. Doch gestaltet sich das Verhältnis zwischen den Bestandteilen des Cocons ganz anders. Während in den Cocons der ersten Resorcinschwarte die Bacillen die Hauptausfüllungsmasse bilden und die Hornlamellen nur zum Einschliefsen der Bacillengruppen dienen, finden wir in den Cocons der nachfolgenden Schälungen grofse Hornmassen und nur wenige Bacillen oder Bacillengruppen. Manchesmal fand ich sogar ganz sterile Cocons, die aus reiner Hornmasse bestanden, gebildet unter dem Einflufs des Resorcins. Es wurden eben durch die vorhergehenden Schälungen die Mikrobacillenmassen aus dem Follikel mit dem Cocon entfernt und zwar vollständig, wenn der Cocon ringsum von Hornmassen umgeben war (Fig. 3), aber nur unvollständig, mit Rücklassung mehr oder minder zahlreicher Bacillen in den Follikelmündungen, wenn dieselben ihre Hornhülle schon durchgebrochen haben (Fig. 4). Natürlich wuchern die zurückgebliebenen Bacillen in dem neu sich bildenden Cocon; sie können sogar in relativ kurzer Zeit ihre Hüllen durchbrechen, und wenn sich nun auch die Resorcinschwarte von ihrer Unterlage abhebt,

ohne aber entfernt zu werden, und so eine schmale Spalte zwischen alter und neuer Hornschicht entstanden ist, so vermehren sich die Bacillen auch aufserhalb des Cocons unglaublich rasch, sie füllen sozusagen die dünne Spalte ganz durch ihre Massen aus. Sie haben in der That, allseitig geschützt vor äufseren Schädlichkeiten und unter dem Einflusse der durch die sich abhebende Resorcinschwarte zurückgehaltenen Körperwärme, die günstigste Gelegenheit zur Wucherung gefunden. Sie sind in einem natürlichen Brütofen eingesperrt.

Aus dieser Schilderung ergiebt es sich, wie man mit der Schälkur vorgehen mufs, um therapeutisch günstige Resultate zu erzielen. Die sich abstofsenden Resorcinschwarten müssen so rasch wie möglich entfernt und das Wiederholen der Schälungen in möglichst raschem Nacheinander gemacht werden, denn nur in diesem Falle können wir hoffen, möglichst viel Bacillen von der Haut zu entfernen, und nur so verhindern wir die rasche Vermehrung der zurückgebliebenen Bacillen.

In allen Fällen habe ich den von UNNA, HODARA und SABOURAUD beschriebenen Mikrobacillus wiedergefunden, trotzdem, wie ich schon erwähnte, die zur Behandlung gelangten Personen nicht immer mit derselben Erkrankung, d. h. der reinen Seborrhoe behaftet waren. Aufser derselben begegneten wir auch den verschiedenen Formen der Akne, und in einem Falle habe ich sogar die Resorcinschwarten einer Dame untersucht, die nach UNNAS Diagnose absolut frei von Seborrhoe war und nur „weite Follikelöffnungen" besafs. Auch da fand ich typische Cocons, mit typischer Verteilung der Bacillen. Unter solchen Umständen sollte man wirklich an der pathogenen Bedeutung des Mikrobacillus zweifeln und ihn nicht für den Zustand verantwortlich machen, welchen wir gewöhnlich mit dem Namen Seborrhoea bezeichnen. Man könnte ihn vielmehr als einen gewöhnlichen, ja als den allergewöhnlichsten Hautsaprophyten betrachten. Die Frage ist jedoch nicht so leicht zu erledigen, denn es mufs vor allem der Begriff der Seborrhoe klar definiert werden. Wann haben wir bis jetzt klinisch die Diagnose einer Seborrhoea oleosa gestellt? Wenn eine Person fettglänzende Haare, ein fettglänzendes Gesicht besafs, wenn an den Follikelöffnungen der Nase sichtbare kleine Fetttröpfchen hervorquellen etc. Haben wir aber das Recht, das und nur das als eine seborrhoische Erkrankung der Haut zu bezeichnen? SABOURAUD behauptet, dafs die Grundläsion der Seborrhoe der seborrhoische Cocon ist. In allen Fällen, wo dieser zu finden ist, ist eine Seborrhoe vorhanden. Wenn wir SABOURAUDS Standpunkt annehmen, so müssen wir aber den Begriff der Seborrhoe bedeutend ausdehnen; es giebt ja fast keine erwachsene Person, die wenigstens an der Nase keine Cocons hätte, so dafs dieser Zustand beinahe als physiologisch betrachtet werden kann.

Man sieht, welche Schwierigkeiten die Frage trotz ihrer scheinbaren Einfachheit besitzt. Es ist eine Aufgabe der Zukunft, alle die Schwierigkeiten mit Hülfe der Klinik, Bakteriologie und Histologie und besonders der experimentellen Pathologie zu beseitigen.

(Erklärung der Abbildungen siehe im Text.)

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Blennorrhoe.

Von

Dr. Stark-Thorn.

Die von Tag zu Tag wachsende Zahl der gegen Blennorrhoe empfohlenen Mittel ist wohl der beste Beweis hierfür, dafs wir noch nicht in den Besitz eines zuverlässigen Heilmittels gelangt sind. Wir müssen deswegen bestrebt sein, aus der grofsen Menge der betreffenden Medikamente die passendsten herauszufinden, und so halte ich es für rationell, dafs die nach dieser Richtung hin gemachten Erfahrungen veröffentlicht werden, denn nur auf diesem Wege kann es uns gelingen, die richtige Auswahl zu treffen. Mit meiner heutigen Mitteilung will ich eine Methode empfehlen, die sich mir in Fällen von Blennorrhoea anterior chronica als zuverlässig erwies; vorher jedoch möge es mir erlaubt sein, meine bei der Behandlung der Blennorrhoea anterior acuta gemachten Erfahrungen mit einigen Worten zu streifen.

Seit einem Jahre habe ich bei meinen Patienten mit Blennorrhoea anterior acuta ausschliefslich Injektionen mit Ichthyol, Argonin und Airol und Spülungen nach Janet mit übermangansaurem Kalium in Anwendung gebracht.

Dem Airol als Antiblennorrhoicum kann ich kein Loblied singen, denn in 8 Fällen ist es mir kein einziges Mal gelungen, trotz längerer Anwendung der bekannten Airolemulsion die Gonokokken dauernd zu beseitigen. Der Ausfluſs verschwand zwar ziemlich schnell, doch in den Urinfäden waren Gonokokken stets nachzuweisen. Aufserdem ist das Mittel für den täglichen Gebrauch zu teuer, und die Einspritzung soll grofse Schmerzen verursachen. Von der „vollständigen Reizlosigkeit“ des Airols habe ich mich ebenso wenig wie Goldfarb (*Monatsh. f. prakt.*

Derm. Bd. XXV, Hft. 5) überzeugen können; ich habe nämlich trotz der geringen Zahl von Fällen, in denen ich das Mittel angewandt habe, Gelegenheit gehabt, eine interessante Intoxikation zu beobachten. Zu einem jungen Kaufmann, dem ich einer akuten Blennorrhoe wegen die Airolemulsion verschrieben habe, wurde ich zwei Tage später gerufen, da derselbe plötzlich bettlägerig krank geworden wäre. Ich fand den Patienten in sehr aufgeregtem Zustande, mit geringem Schnupfen und mit gerötteten und stark geschwollenen Augenlidern. Diese Symptome sind über Nacht eingetreten und verschwanden nach Aussetzen der Einspritzung in kurzer Zeit ohne jede Medikation, da ich dem Patienten zur Beruhigung nur Bromkalium verschrieb.

Das Ichthyol halte ich für ein recht brauchbares Antiblennorrhoicum, das manchmal auffallend rasch die Gonokokken zum Verschwinden bringt, und nebenbei auch antiphlogistisch wirkt. Trotzdem ich das Mittel ziemlich ausgiebig in Anwendung brachte, habe ich nur ein einziges Mal eine ähnliche „Ichthyol-Idiosynkrasie" beobachten können, wie sie JADASSOHN (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXII, S. 188) beschreibt. Nach ein paar Einspritzungen trat eine diffuse Entzündung des Penis nebst einer ödematösen Schwellung des Präputiums ein.

Für das beste der uns vorläufig zu Gebote stehenden Antiblennorrhoica halte ich das Argonin. Das neuerdings von NEISSER empfohlene Protargol kann ich hierbei noch nicht in Betracht ziehen, da ich das Mittel noch viel zu wenig angewandt habe, um über seine Wirksamkeit urteilen zu dürfen. Das Argonin hat die ihm von JADASSOHN auf den Weg gegebene warme Empfehlung in vollem Maße gerechtfertigt. Es ist manchmal frappant, in wie kurzer Zeit bei Gebrauch dieses Mittels die Gonokokken verschwinden. Es kommt öfters vor, daß bereits nach Verbrauch von einer 200 g-Flasche das Sekret dauernd gonokokkenfrei bleibt. Das Argonin wirkt also stark gonokokkentötend, und trotzdem habe ich nie entzündungserregende Eigenschaften desselben beobachten können.

Meine mit den Spülungen nach JANET bei der Blennorrhoea acuta gemachten Versuche lassen die Methode nicht wirksamer erscheinen als die gewöhnlichen Einspritzungen. Dagegen hat die Methode den Nachteil, daß hierbei tägliche Konsultationen nötig sind, und den Patienten ist es nicht recht einleuchtend, daß man eines Trippers wegen den Arzt täglich besuchen solle. Man müßte denn die Handhabung der Spülungen den Patienten überlassen, doch dies halte ich besonders im akuten Stadium der Blennorrhoe für gewagt.

Trotzdem uns zahlreiche und recht gute Mittel zu Gebote stehen, giebt es doch vereinzelte Fälle von Blennorrhoea anterior chronica, welche jeder Behandlung zu trotzen scheinen, bei denen noch nach Monaten, ja sogar nach Jahren in den Urinfäden Gonokokken mit Leichtigkeit nach-

gewiesen werden können. Während des letzten Jahres sind sechs solcher Patienten in meine Behandlung eingetreten, und in allen sechs Fällen ist es mir gelungen, mit einer Kombination von JANETschen Spülungen und Argonininjektionen in einem Zeitraum von acht Tagen eine endgültige Heilung zu erzielen.

Die Behandlung wurde folgendermafsen durchgeführt. Täglich einmal habe ich eine JANETsche Spülung der Pars anterior urethrae mit einem Liter einer warmen Lösung von übermangansaurem Kalium vorgenommen. Die Stärke der letzteren betrug bei der ersten Spülung 0,5 : 1000,0, doch wurde dieselbe an jedem der beiden folgenden Tage um 0,25 g erhöht, so dafs bereits am dritten, und von da an auch an den übrigen Tagen mit einer 1,0 : 1000,0 starken Lösung gespült wurde. Der Irrigator hing bei Beginn der Spülung $^1/_2$ Meter hoch, und erst nach einiger Zeit wurde er zur Höhe von 1 Meter gebracht, um auf diese Weise den Schliefsmuskel allmählich an den stärkeren Druck zu gewöhnen. Ab und zu habe ich das Orificium externum durch stärkeres Andrücken des olivenförmigen Glasansatzes verschlossen und die Flüssigkeit $^1/_2$—1 Minute lang auf die Schleimhaut einwirken lassen. Neben diesen Spülungen haben die Patienten dreimal täglich eine Lösung von Argonin 4,0 : 200,0 eingespritzt und dieselbe 5 Minuten lang in der Harnröhre behalten.

Unter solcher Behandlung verschwanden die Gonokokken bereits nach ca. 6 Tagen und die Urinflocken zeigten im mikroskopischen Bilde sehr bald eine Abnahme der Leukocyten und Zunahme der Epithelien, so dafs am neunten Tage die spärlichen Fädchen fast ausschliefslich aus Epithelien bestanden. Es ist auch nur in zwei Fällen nötig gewesen, eine Nachkur, bestehend in $2^1/_2$ % Wismut-Einspritzungen, vorzunehmen.

Allerdings sind bei obiger Methode tägliche Konsultationen nötig, doch man stöfst damit bei den Patienten auf keinen Widerstand, da dieselben durch die lange Dauer der Krankheit derart entmutigt sind, dafs sie auf alles eingehen, um nur den Tripper loszuwerden.

Die mit meiner Behandlung erzielten günstigen Resultate erkläre ich mir folgendermafsen: Die JANETschen Spülungen führen zu einer Auflockerung der Schleimhaut, welche der Tiefenwirkung des Argonins Vorschub leistet; letzterem gelingt es nun, die Gonokokken leichter zu töten, da sich dieselben infolge der Spülungen auf ungünstigem Nährboden befinden.

Unangenehme Nebenwirkungen des Airols.

Von

Dr. M. Goldfarb-Lodz.

In No. 5 des XXV. Bandes habe ich einen kleinen Artikel veröffentlicht, der über die Nebenwirkungen des Airols spricht. Als Pendant dazu teilt Dr. G. Zelenski in *Wratsch*, 1897, No. 31, pag. 869, folgendes mit:

„Was die Nebenwirkungen des Airols, über die Dr. Goldfarb berichtet, anbetrifft, so habe ich mich in letzter Zeit von deren Existenz überzeugt. In einem Falle habe ich bei einem 5—6jährigen Mädchen eine verbrannte Hand behandelt. Bis zur Anwendung des Airols ging die Sache ihren gewöhnlichen Gang, aber sofort nach Anwendung des Airols trat ein unausstehlicher Schmerz und einige mit leicht gelblicher Flüssigkeit gefüllte Blasen auf. — In einem anderen Falle handelte es sich um einen jungen Herrn mit einer Analfistel. Da ich in diesem Falle kein Jodoform anwenden wollte, so machte ich einen Versuch mit Airolsuppositorien à 0,18. Das Resultat war auffallend: Der Kranke konnte die ganze Nacht vor rasenden Schmerzen nicht schlafen. Es kam ihm vor, als ob glühendes Eisen in den Mastdarm eingeführt gewesen wäre. Am anderen Tage wiederholte sich dasselbe, so dafs die Unmöglichkeit der Anwendung des Airols eine evidente war."

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Generalversammlung am 2. November 1897.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin).

Der Vorstand erstattet zunächst den Geschäftsbericht über das verflossene Jahr, aus welchem hervorgeht, dafs die Gesellschaft sowohl an Mitgliedern zugenommen hat (132 Mitglieder und 4 Ehrenmitglieder), als auch dafs die Thätigkeit innerhalb derselben eine aufserordentlich ersprieſsliche gewesen ist. — Aus den darauf folgenden Neuwahlen für das kommende Geschäftsjahr gehen hervor: Prof. Lesser als Vorsitzender, O. Rosenthal als erster und M. Joseph als zweiter stellvertretender Vorsitzender, Saalfeld als Schriftführer, Blaschko als Kassenwart. Prof. Lassar hatte eine Wiederwahl abgelehnt.

Herr Gerson demonstrierte alsdann an einigen Patienten seinen durch Heftpflasterumwickelung des Scrotums bewirkten Suspensoriumersatz. Man verfährt in

der Weise, dafs man nach sorgfältiger Rasur des Scrotums die Spitze desselben anzieht und um seinen unteren Teil unterhalb der nach oben gedrängten Testikel einen etwa 3 cm breiten, ca. ¾ m langen Streifen eines weichen elastischen Heftpflasters fest herumwickelt. Da der erste Verband leicht etwas zu fest angelegt wird, so dafs der Patient nach einigen Stunden Schmerzen empfindet, so mufs dieser selbst das Anlegen der Touren lernen, damit er den Verband lösen und von neuem anlegen kann. Dieser Verband kann bei akuter Epididymitis und Orchitis 6—8 Tage liegen bleiben und dann, der fortschreitenden Abschwellung entsprechend, nach trocknem Abwischen der Haut, höher angelegt werden. Bei chronischen Leiden der Hodengebilde (Varikocelen, Tumoren) wird die Binde morgens an- und abends abgethan. Die 17 von Herrn G. mit dieser Einwickelung bisher behandelten Patienten zeigten eine ausnahmsweise günstige und schnelle Heilung. Die Vorzüge dieses Verfahrens sollen in folgendem bestehen: 1. Die Testikel können höher suspendiert werden; 2. sie können ruhiger gestellt und natürlicher, nach dem Leistenkanal zu, fixiert werden, Momente, durch welche der Zug an den Samensträngen am besten ausgeschlossen wird; 3. die angespannte Scrotalhaut übt einen gleichmäfsigen Druck auf die Testikel und ihre Häute aus; 4. eine Entstehung von Dermatitis, wie durch die Reibung des Suspensoriums, ist ausgeschlossen; 5. die Binde ist bedeutend billiger, sie kostet (von der Fabrik P. Beiersdorf & Co., Hamburg, bezogen) 1 Mark und reicht für 4 Wochen. Was die bei diesem Verfahren angewandte Pflasterbinde anbetrifft, so hat Verfasser sie seit seiner ersten Publikation über diesen Gegenstand in der *Allg. med. Centralztg.* No. 57 vereinfacht, indem er die Pflastermasse von „Yorks Zinkkautschukpflaster", welches er in der ersten Zeit angewandt hatte, auf weichen elastischen Stoff streichen liefs, der an einem Rande mit Franzen besetzt ist. Dieses Pflaster haftet nicht auf fettiger Haut; das Scrotum mufs daher vor dem Anlegen mit Äther abgewischt werden und darf vor der Rasur nicht eingeseift werden.

Herr Ledermann stellt zuerst ein 16jähriges Mädchen vor, welches seit seinem dritten Lebensmonat an recidivierender Blasenbildung an Händen und Füfsen leidet. Diese von Köbner unter dem Namen **Epidermolysis bullosa hereditaria** beschriebene Affektion weicht in diesem Falle insofern von dem gewöhnlichen Typus ab, als sich eine Heredität nicht nachweisen läfst. Die Blasen, welche sehr bald sanguinolent werden, treten in unregelmäfsigen Intervallen auf und hinterlassen keine Narben. Besondere Beachtung verdient der Fall noch wegen einer sehr auffälligen Degeneration sämtlicher Finger- und Zehennägel. An manchen Stellen ist das Nagelbett vollständig verloren gegangen und nur von einer unregelmäfsigen Hornmasse bedeckt. Diese Nagelerkrankung soll auch schon aus den ersten Lebensmonaten herdatieren und ist vielleicht auf eine damals in dem Nagelbett aufgetretene Blasenbildung zurückzuführen. Zu bemerken ist, dafs Patientin an Händen und Füfsen stark schwitzt. — Eine besondere Ursache für die Entstehung der Blasen liefs sich nicht nachweisen; vielleicht spielen jedoch äufsere Einwirkungen eine Rolle, da in den Handtellern, also an einer Stelle, die häufig dem Druck ausgesetzt ist, sich beständig kleine Blasen finden, welche jedoch wegen ihrer dicken Epidermis nicht platzen.

Herr Herzfeld und Herr Blaschko haben in einem von ihnen beobachteten Falle desselben Leidens gleichfalls eine Nageldegeneration beobachtet, jedoch nicht von einer solchen Höhe, wie hier.

Herr Ledermann stellt alsdann einen älteren Patienten vor, welcher seit ungefähr 4 Jahren an einer zunehmenden Faltenbildung beider Hände leidet. Leichte Parästhesien führten ihn zunächst zu einem Nervenarzt, welcher jedoch objektive Symptome einer Neurose nicht feststellen konnte und ihn daher dem Vortragenden

überwies. Der Fall, welcher sich unter keine der bekannten Dermatosen rubrizieren läfst, macht zunächst den Eindruck, als ob es sich um einen jener seltenen von Pospelow, Touton, Buchwald beschriebenen Fälle von progressiver, idiopathischer, symmetrischer Hautatrophie handelte. Die Haut auf den Fingern und dem Handrücken ist in zahlreiche Falten gelegt, fühlt sich dabei nicht sehr derb an, erscheint trocken und glanzlos, mit den Fingern erhobene Falten gleichen sich nur langsam aus. Unterhalb der Kniescheibe befinden sich etwa handtellergroſse, keratomatöse Plaques; ebenso zeigen die Fufsrücken diese Faltenbildung, wenn auch in geringerem Mafse. Differentialdiagnostisch ist zunächst an Sklerodermie zu denken, jedoch ist in unserem Falle ein Plus von Gewebe vorhanden, und fehlt ein eigentlicher Schrumpfungsprozefs. Gegen die progressive Hautatrophie spricht die, wenn auch mäfsige Verdickung der Haut, welche nirgends einen ausgesprochen atrophischen Charakter besitzt. Gegen Ichthyosis spricht die fehlende Abschuppung. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine aufserordentlich starke Hypertrophie der Hornschicht und Hyperplasie des Epithels, in der Cutis, die zellarm ist, geringe perivaskuläre Infiltration, Erhaltensein der elastischen Fasern, der Haarbälge und Schweifsdrüsengänge. Ein analoger Fall ist bisher in der Litteratur nicht bekannt. Herr L. möchte ihn vorläufig als eine **Pseudoatrophia cutis** bezeichnen und in die Klasse der Parakeratosen einreihen.

Herr Mayer stellt drei von den in der Julisitzung von Herrn Lassar gezeigten, mit **Neutuberkulin** behandelten Patienten wieder vor und berichtet über die beiden anderen, um festzustellen, inwieweit der damals konstatierte geringe Erfolg von Bestand gewesen ist. — Die erste Patientin, eine Frau mit altem destruierenden Lupus des Handrückens, zeigte insofern eine gewisse Besserung, als die ulcerierten Flächen sich schlossen, während der Prozefs selbst nicht beeinflufst worden ist. Indes ist bei ihr zu konstatieren, dafs sie trotz der gleichzeitig bestehenden tuberkulösen Affektion beider Pulmones und trotz der unvermeidlichen fieberhaften Reaktionen während der Behandlung an Körpergewicht zugenommen hatte. — Der zweite Patient, ein 19jähriger junger Mann, mit Lupus der Nasenflügel und der Oberlippe, hatte die Behandlung sehr gut vertragen und hatte deutliche Tendenz zur Heilung gezeigt, indem die entzündlichen Erscheinungen zurückgegangen und die Neubildung teilweise zerfallen war. Jetzt dagegen ist das Bild, welches wie sie sehen, genau dasselbe wie vor der Behandlung; von einem Erfolge kann man also hier nicht reden. — Etwas besser ist das Resultat bei der dritten Patientin, deren rechte untere Gesichtshälfte von einem ausgedehnten Lupus befallen ist. Die ödematöse Schwellung, die Infiltration und die entzündlichen Erscheinungen hatten während der Behandlung abgenommen, während sie selbst zugleich an Gewicht zunahm, ein Resultat, das sich erhalten hat. — Betreffs der beiden letzten Fälle berichtet der Vortragende, dafs zwar keine wesentliche Besserung ihres Zustandes erzielt sei, dafs aber jedenfalls der Gesamteindruck ein besserer sei als vor der Behandlung. Wenn man auch bei der geringen Anzahl dieser Fälle Schlüsse nur mit Vorsicht ziehen kann, so kann doch Vortragender sich des Eindruckes nicht erwehren, dafs die Behandlung mit Neutuberkulin nicht mit Schädigungen des Wohlbefindens verbunden sei und wiederholt werden könne, dafs sie zwar die älteren Methoden nicht verdrängen, neben ihnen aber mit Recht bestehen könne.

Herr Plonski stellt eine Patientin mit **Framboesia syphilitica** vor. Unter den Manifestationen der Syphilis auf der Haut ist diese Erscheinungsform eine seltene, sie zeichnet sich auch gegenüber der Hinfälligkeit der anderen (Papeln, Gummiknoten) durch besondere Stabilität aus, welche sie auch der Behandlung gegenüber beweist. In einem anderen Falle gelang die Beseitigung dieser warzigen, resistenten Tumoren

der antiluetischen Behandlung erst nach Zuhülfenahme des scharfen Löffels. Unsere Patientin zeigt diese Exkrescenzen an der Nasolabialfalte, ihrem Lieblingssitze, im Nacken und in circinärer Form auf der rechten Brustseite. Die Framboesia bildet sich auch bei anderen als syphilitischen Hautaffektionen, sie kommt auch bei den Negern Westafrikas als Krankheit sui generis vor.

Die zweite Patientin, welche Herr Plonski vorstellt, fällt auf durch den starren Ausdruck ihres Gesichts, dem jedes Mienenspiel fehlt. Die Gesichtshaut ist glänzend, starr und hart, die Bewegung des Mundes sowie des Kiefers ist behindert, so dafs sie nur ganz klein geschnittene Speisen in den Mund nehmen kann. Auf Brust, Armen und Beinen besteht derselbe Zustand der Haut, also eine universelle **Sklerodermie**. Die Krankheit hat vor einem Jahre mit Reifsen in den Fingerspitzen begonnen, so dafs man zuerst an Rheumatismus gedacht hatte. — Eine Ätiologie ist nicht festzustellen.

Herr Rosenthal stellt einen 29 Jahre alten Patienten mit **Syphilis** vor, der sich im Frühjahr 1894 infizierte und zunächst eine Schmierkur von nur 15 Inunktionen durchmachte. Im September desselben Jahres kam er zu R. mit einem schweren universellen papulo-makulo-ulcerösen Exanthem und heftigen Erscheinungen im Munde; er wurde einer Injektionskur mit Hydrargyrum salicylicum unterworfen und bekam wegen immer erneuter Recidive im März 1895 30 Sublimatinjektionen, später 12 Einspritzungen mit Hydrargyrum oxydatum flavum und im Mai 1896 zwölf Injektionen mit Hydrargyrum salicylicum. Im Dezember 1896 kam der Kranke wieder mit heftigen rheumatischen Schmerzen in den Beinen, der Gang war schleifend, dabei leicht ataktisch, das linke Bein schleppte etwas nach, es bestanden ferner Störungen beim Harnlassen, erhöhter Kniereflex und Fufsklonus, zuweilen Spannung im Kniegelenk und in den Flexoren des Oberschenkels und herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit. Er wurde nunmehr einer energischen Schwitz- und Schmierkur in der Klinik des Herrn R. unterworfen und nach derselben gebessert, aber nicht geheilt entlassen. Inzwischen hat sich das Krankheitsbild in der Weise verändert, dafs der Gang unsicher und mehr ataktisch als spastisch geworden ist, ferner dafs starkes Schwanken beim Schliefsen der Augen eintritt. Redner glaubt, dafs es sich nicht um eine reine Affektion der Hinterstränge handelt, sondern um ein gemischtes Krankheitsbild, wie es von Westphal und Berger beschrieben worden ist, und zwar um eine gemischte Affektion der Seiten- und Hinterstränge in der Gegend des unteren Brustmarks.

Herr Isaak stellt zum Schlufs noch ein 15jähriges Mädchen mit **Angiokeratomen** beider Hände vor, an denen es früher immer Frostbeulen gehabt hat. Die Beseitigung geschieht mittelst Mikrobrenners.

Demonstrationen im Hamburger ärztlichen Verein.

(Nach *Münchener medizinische Wochenschrift.* 1897. No. 32.)

I. Herr Unna stellt vor: 1. Ein 3jähriges Mädchen, bei welchem vor 6 Tagen ein **Zoster femoralis** aufgetreten ist. Die Zosterfälle in diesem Nervengebiete sind selten, besonders im Kindesalter. Der Vortragende macht dabei aufmerksam, dafs im letzten Jahre eine besonders grofse Anzahl von Zosterfällen bei Kindern zu seiner Kenntnis gekommen ist. Fast immer sei die rechte Seite befallen worden. Möglicherweise steht die Schulpflichtigkeit der Kinder, welche gröfstenteils 7 bis 10 Jahre alt waren, mit dem gehäuften Auftreten des Zosters in Zusammenhang. — 2. demonstriert Unna einen tierfellähnlichen **Naevus** bei einem 2½jährigen Kinde, das aufser einem handgrofsen, stark pigmentierten und behaarten Flecke der linken

Seite des Schädels eine gröfsere Menge von zerstreuten, mark- bis thalergrofsen Flecken längs der Wirbelsäule am Rücken bis zur Kniekehle aufweist. Alle diese Flecke zeigen Hypertrophie des Pigments, der Haare und des Deckepithels, letzteres in der bei weichen Naevi bekannten Form, in den verschiedensten Kombinationen. Die ziemlich lange Behaarung entspricht überall der Haarrichtung der Lanugo an den betreffenden Regionen.

II. Herr Röhrig demonstriert einen 18jährigen Mann mit einem linearen Exanthem am rechten Arme. Topographisch entspricht der Ausschlag ganz den als **Naevi lineares** in der Litteratur beschriebenen Fällen. Von der Handwurzel aus zieht an der Ulnarseite des Vorderarmes eine 1,5—2 cm breite Linie nach der Innenseite des Oberarmes, wo sie sich in zwei Stränge teilt, von denen der vordere über den Ansatz der Musculi pectoralis nach der Brust zieht, der hintere flächenförmig in der Achselhöhle endigt, hier mit dem vorderen Streifen in Verbindung tritt und noch je einen Strang nach Brust und Rücken hin entsendet. Die Affektion begann peripher vor 6 Wochen und verbreiterte sich allmählich nach der Achselhöhle hin. Jetzt ist die Erkrankung bereits in Heilung begriffen. Die Streifen bestanden aus kleinen Papeln mit etwas verdickter und abschilfernder Hornschicht, am Vorderarm standen die Papeln dicht gedrängt, einen zusammenhängenden Streifen bildend, am Oberarm waren sie zu kleineren Strichen gruppiert, die in Form der beschriebenen Stränge angeordnet waren. Die Cubitaldrüse der befallenen Seite ist geschwollen. Zeichen von Lues sind nicht vorhanden. Vortragender erwähnt kurz die für die Entstehung der sog. Naevi lineares aufgestellten Theorien. Wachstumsstörungen, trophoneurotische Ursachen glaubt er ausschliefsen zu können. Am ehesten sei noch in diesem Falle an eine Erkrankung von Lymphbahnen zu denken, doch müsse man von der Achselhöhle aus eine rückläufige Ausbreitung der Affektion in den Lymphgefäfsen nach Brust und Rücken hin annehmen, was immerhin etwas gezwungen erscheine.

In der Diskussion betont Unna die Dunkelheit der Ätiologie und weiters die Seltenheit des Falles; denn es sei noch nicht gezeigt, dafs ein Strich in drei Wochen auftauche und wieder verschwinde, das sehe sehr zosterähnlich aus.

III. Herr Delbanco stellt aus der Unnaschen Poliklinik vor: 1. Einen 32jährigen Patienten mit abheilender **Folliculitis varioliformis.** Die Affektion war bis zum Hinterhaupt vorgeschritten, soweit infolge starker Seborrhoe das Haupthaar geschwunden ist. An der Hand mikroskopischer Präparate des mittelst Biopsie gewonnenen Materiales und der Krusten erläutert Vortragender Anatomie und Klinik der Erkrankung und charakterisiert sie als eine Mischinfektion mit Seborrhoe; 2. einen 70jährigen Kranken mit einer **Dermatitis exfoliativa universalis,** die sich am ehesten dem Typus Wilson, Brocq einfügt. Die Ätiologie des Falles — der zuvor ganz gesunde Patient hat innerhalb eines Jahres sein dichtes Haupthaar verloren, weist aufser den schweren Hauterscheinungen eine völlige Alopecie und Nagelveränderungen auf — ist nicht aufgeklärt. Vortragender bespricht die einzelnen Arten der Dermatitis exfoliativa in ihrem Gegensatz zur Pityriasis rubra Hebrae.

Neuhaus-München.

Dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 14. Januar 1897.

1. **Ein Fall von Dermatitis exfoliativa,** von Schwimmer. Patient ist 64 Jahre alt und datiert sein Leiden seit 3 Jahren, welches auf dem Abdomen mit schuppenden hellergrofsen und noch gröfseren juckenden Flecken begonnen hat, welche bald konfluierten, bald verschwanden. In der Familie hatte niemand ein derartiges Leiden. Patient selbst war mit Ausnahme einer Typhuserkrankung stets gesund gewesen. —

Zur Zeit ist die ganze allgemeine Decke erkrankt, der Haarboden sehr gelichtet, der gröfsere Teil der Haut ist gleichmäfsig gerötet, auf vielen Stellen gerunzelt und rauh, hie und da eingerissen, die Epidermis schilfert dicht ab, auf den Handtellern und Fufssohlen ist dieselbe abziehbar. Die Nägel sind auch verändert, blofs die den Nagelfalz begrenzenden Stellen sind normal, der übrige Teil der Nägel ist mächtig verdickt und rissig.

Török ist der Ansicht, dafs in solchen Fällen schwer zu konstatieren ist, welches Grundleiden vorher bestanden hat, am leichtesten ist dies noch möglich bei vorhergegangener Psoriasis. Die Franzosen werfen in solchen Fällen, wo das Leiden mit einer diffusen Röte und Schuppung einhergeht, die Kranken an Gewicht abnehmen und allgemein geschwächt werden, die Frage auf, ob diese Erkrankung nicht eine ganz andere ist, welche die erstere nur maligner gestaltete. — Havas teilt die Ansicht von Schwimmer, dafs die Dermatitis exfoliativa blos eine „Verlegenheitsdiagnose" ist. Vor einem Jahre stellte er einen Kranken vor mit einer Pityriasis rubra pilaris, bei dem eine Psoriasis vorhergegangen ist. Die Veränderungen auf den Unterschenkeln lassen auch vermuten, dafs bei diesem Kranken früher eine Psoriasis bestanden hat.

2. **Ein Fall von Syphilis maligna**, von Schwimmer. Patient, 30 Jahre alt, acquirierte im Januar 1896 ein Geschwür, welches auf lokale Behandlung heilte. Im April desselben Jahres bekam er auf derselben Stelle wieder ein Geschwür mit nachfolgenden indolenten Drüsenschwellungen, wegen welcher er ein Hospital aufsuchte. Bis Ende Juni traten gar keine Allgemeinsymptome auf, in dieser Zeit traten Halsschmerzen auf, welche in kurzer Zeit heilten. Mitte August bemerkte er auf dem rechten Unterarm eine kreuzergrofse rote Efflorescenz, welche allmählich an Gröfse zunahm. Im Verlaufe einiger Wochen bildeten sich mehrere ähnliche Efflorescenzen zerstreut auf dem ganzen Körper. Im Dezember laufenden Jahres wurde bei ihm folgendes konstatiert. Auf dem behaarten Kopfe zerstreut und in der Haargrenze mehrere nebeneinander gereihte hanfkorngrofse und noch gröfsere braune, teilweise mit Krusten bedeckte Efflorescenzen. Auf den oberen Extremitäten, hauptsächlich auf der rechten, mehrere thalergrofse vom Niveau der Haut emporragende granulierende Substanzverluste. Ähnliche, nur kleinere, sind noch auf dem übrigen Körper zerstreut vorhanden. Auf der Glans penis befindet sich ein kreuzergrofser Substanzverlust, dessen Ränder wallartig sind und dessen Basis infiltriert ist. Die Inguinaldrüsen sind infiltriert und vergröfsert, die Schleimhäute normal.

Róna kann die von Haslund und Neumann ausgesprochene Ansicht, dafs die Tuberkulose ein ätiologisches Moment für die Syphilis maligna abgiebt, auf Grund seiner Erfahrungen nur bestätigen. In den meisten Fällen konnte er Heredität oder manifeste Tuberkulose nachweisen. Gegen die von Tarnowsky angegebene gemischte Infektion spricht die Eigenschaft der Staphylokokken, dafs dieselben zur selben Zeit mit dem Syphilisvirus ihre Wirkung nicht entfalten. Übrigens sagt Tarnowsky auch, dafs bei den gemischten Infektionen, welchen eine Syphilis maligna folgte, auch die Primärläsionen maligner waren. Er hat die Sklerose bei einem Falle von maligner Syphilis selbst beobachtet, welche aber einen typischen und normalen Verlauf hatte. Es wäre empfehlenswert, behufs Erklärung der Ätiologie der Syphilis maligna die Fälle auf Tuberkulose zu untersuchen. — Justus bemerkt, was die Behauptung Tarnowskys anbelangt, dafs er bei Untersuchung der noch nicht exulcerierten Läsionen der Syphilis maligna Staphylokokken gefunden hat, kann auch er diese Thatsache konstatieren, indem er bei Gelegenheit der Excision einer luetischen Läsion in dem Granulationsgewebe, welches bekanntlich von allen Geweben am meisten aseptisch ist, auch Staphylokokken gefunden hat. Was die Bemerkung Rónas anbelangt, dafs

das Syphilisvirus mit dem Staphylococcus in ein und derselben Zeit eine Wirkung nicht entfalten könnte, scheint ein Tierexperiment für die Tarnowskysche Ansicht zu sprechen; und zwar wenn in das Blut eines Tieres Staphylokokken eingespritzt werden, pflegen dieselben keine Symptome hervorzurufen. Wenn wir aber zur selben Zeit dem Tiere einen Knochen brechen, so entsteht daselbst eine Osteomyelitis. In solchen Fällen also genügt nicht allein die Infektion, sondern es muſs auch eine Irritation geben. Nach Tarnowsky wird diese Irritation in Fällen von Syphilis maligna durch die Syphilis verursacht. Ob dies der Thatsache entspricht, dies mag wohl wahrscheinlich sein, bedarf aber noch der Beweise. — Török ist der Ansicht, daſs zur Stützung der Tarnowskyschen These es nicht allein genügt, Staphylokokken aus den Gummata zu züchten, da noch immer das Gegenargument besteht, daſs die Staphylokokken von der Oberfläche eingewandert sind und so sekundär den Zerfall verursachten. Die Tarnowskysche Auffassung kann nur so als beweisend betrachtet werden, wenn Staphylokokken aus dem Blute gezüchtet werden können. — Nékám teilt die Ansicht von Török, obzwar sehr vieles für die Tarnowskysche These spricht. — Aschner spricht vom therapeutischen Standpunkte zu diesem Falle. Er machte ebenfalls Versuche mit dem von Rille in neuester Zeit empfohlenen „Haemolum hydrargyrojodatum", und zwar bei circa 30 Fällen, sowohl sekundärer als tertiärer Natur, und kann nur die Resultate von Rille bestätigen. Die Fälle wurden direkt nicht lokal behandelt, um auf diese Weise den therapeutischen Effekt besser überblicken zu können. Es handelte sich in den meisten Fällen um ausgebreitete hypertrophierte sekundäre und tertiäre Formen; dieselben heilten prompt und rasch, wie wir es gewohnt sind, bei einer rationellen und umsichtigen Schmierkur zu sehen; sodaſs das Haemolum hydrargyrojodatum in solchen Fällen, wo die Schmierkur aus welchem Grunde immer nicht durchgeführt werden kann, dieses Quecksilberpräparat an Wirkung der Schmierkur gleichgestellt werden darf. — Schwimmer teilt nicht die Ansicht, daſs für die Syphilis maligna bloſs der Alkoholismus und die Tuberkulose als ätiologisches Moment zu betrachten sind, indem er genügend Fälle beobachtete, die weder Alkoholisten noch Tuberkulotiker waren, und entgegengesetzt bei solchen Kranken die Syphilis im allgemeinen leicht genug verlaufen ist. Er hält es ebenfalls für wünschenswert, in dieser Richtung Untersuchungen zu pflegen.

3. **Ein Fall von hysterischer Hautaffektion**, von Schwimmer. Patientin, 15 Jahre alt, wurde am 6. Dezember 1896 auf der Krankenabteilung aufgenommen und konnten folgende Veränderungen konstatiert werden. Auf dem rechten Ober- und Unterarme waren mehrere rosenrote bis dunkelrote längliche Flecke zu sehen, welche sich von der Umgebung scharf abzeichnen. Nebst diesen sind ebendaselbst mehrere einige Millimeter hohe unregelmäſsige dunkelbraune krustige Auflagerungen zu sehen, welche einer frischen Exsudation imponieren. Auf dem linken Oberarm, Brust und im Gesichte sind einzelne feine, mit weiſsen Schüppchen bedeckte Veränderungen. Zu diesem Bilde, welches sich im Verlaufe einiger Tage ausbildete, gesellten sich noch einige Symptome, welche den Übergang ins exsudative Stadium deutlich demonstrierten, und zwar verwandelten sich die akut erythematösen Flecke alsbald, in circa 12 Stunden, in punktförmige, seröse Flüssigkeit enthaltende Bläschen, darunter einige stecknadelkopfgroſse Blutungen. Die serösen Bläschen verwandelten sich alsbald in eitrige. In dem Maſse, wie sich das Krankheitsbild entwickelte und zurückbildete, recidivierte dasselbe öfter teilweise auf denselben und teilweise auf anderen Stellen. Die Begleiterscheinungen des gewöhnlichen Erythems waren nur teilweise vorhanden, brennendes Gefühl und Schmerzhaftigkeit fehlten zwar nicht, über Jucken aber klagte Patientin nie, Kratzeffekte waren auch nirgends zu konstatieren. Patientin steht bereits seit 5 Wochen in Beobachtung, die Affektion besteht mit Ausnahme einiger

Intermissionen in demselben Maſse, nur mit dem Unterschiede, daſs in letzter Zeit ähnliche Veränderungen auch auf dem Rücken zu konstatieren sind. Die Subjektiverscheinungen der Patientin lassen auf allgemeine nervöse Störungen schlieſsen, welche auch als ursächliches Moment dieser Erkrankung aufzufassen sind.

Török hatte auch Gelegenheit, den Fall zu beobachten. Bei Beurteilung dieser Affektion sind in erster Linie die anatomischen Veränderungen, in zweiter Linie die klinische Diagnose zu unterscheiden. Was nun die ersteren anbelangt, so haben wir es hier mit einer Hyperämie und dem sich dazu gesellenden Ödeme zu thun. Das Ödem ruft die Bläschen, und zwar die sog. exfoliativen Bläschen hervor. Was nun die klinische Diagnose anbelangt, so lassen die Polymorphie der Läsionen, das Erscheinen derselben in einzelnen Schüben, das gute Aussehen der Patientin auf eine Dermatitis herpetiformis schlieſsen. Hingegen machen die Bläschen selbst, beziehungsweise die Gröſse derselben die Diagnose nicht sehr wahrscheinlich. Wir müssen nun annehmen, daſs es nicht gut möglich ist, diesen Krankheitsfall in die Kategorie der uns bis jetzt bekannten Hauterkrankungen einzureihen, sondern derselbe ist einerseits mit der Gruppe Dermatitis herpetiformis in Zusammenhang zu bringen, andererseits mit der anderen groſsen Gruppe der Urticaria bullosa und vesiculosa. Zu bemerken ist noch, daſs Patientin auch an Verdauungsstörungen leidet. — Nékám schlieſst die Dermatitis herpetiformis aus, er nimmt eine centrale Angioneurose an. Er fragt Vortragenden, ob er nicht parallel mit der Hauterkrankung Veränderungen in einzelnen inneren Organen beobachtete. — Schwimmer stimmt vollkommen überein mit Török bezüglich der anatomischen Veränderungen, bezüglich der Diagnose aber nicht. Seiner Auffassung nach ist in diesem Falle eine gewisse Störung des Nervensystems vorhanden, welche auf die Gefäſse wirkend obige Veränderungen hervorruft. Was die Bemerkung von Török anbelangt, daſs die Patientin kratzt und die Hautläsionen Kratzeffekte wären, muſs er das entschieden verneinen, nachdem Patientin unter genauer Beobachtung stand.

4. **Ein Fall von Leukaemia cutis**, von Nékám, vorgestellt in der k. ungarischen Ärztegesellschaft am 14. November 1896. (Diskussion.) Die Krankengeschichte eben erwähnten Falles ist knapp gefaſst folgende: Patientin ist 41 Jahre alt, machte im Januar 1895 eine Lungenentzündung durch und bemerkte in der Rekonvalescenz in der 7. Woche, daſs sich die Hals-, Achselhöhlen- und Leistenbeugendrüsen beträchtlich vergröſserten. Die Menses blieben seit dieser Zeit aus; sie fühlt sich nunmehr sehr schwach und wird allmählich blässer und blässer. Im September vergangenen Jahres bemerkte sie in der Gegend des linken Rippenbogens eine Geschwulstbildung, welche stets sich vergröſsert. Seit dieser Zeit schwellen die Füſse häufig an, der Kräfteverfall ist ein rapider. — Zur Zeit ist Patientin sehr abgemagert und sehr blaſs; auf der Streckseite des Unterarmes und des Unterschenkels zeigen sich in ziemlicher Ausdehnung papulöse Veränderungen. Ersterwähnte Drüsen sind Haselnuſs bis Taubenei groſs. Das Abdomen ist stark emporgewölbt, wenig freie Flüssigkeit. Die Blutuntersuchung gab folgende Resultate: Hämoglobingehalt nach Fleischl 40%, das spezifische Gewicht 1045,5, die Zahl der roten Blutkörperchen in 1 kmm 2,300,000, diejenige der weiſsen Blutkörperchen 680,000, also eine 100fache Vermehrung. Was die verschiedenen Formen der weiſsen Blutkörperchen anbelangt, so enthalten selbe 91% Lymphocyten, polynukleare neutrophile Zellen 5,3%, groſse monukleare Zellen 1,5%, Myelocyten 1,7% und fibrinophile Zellen 0,5%. Die Leber und Milz sind bedeutend vergröſsert und stark resistent.

Schwimmer schickt voraus, daſs dieser Fall vor einigen Wochen von Dr. Nékám in der Ärztegesellschaft vorgestellt wurde unter dem Namen Leukaemia cutis. Er machte bereits damals die Bemerkung, daſs er diesen Fall für ein Lymphosarcoma

halte. In letzter Zeit bekam er ein excidiertes Hautstückchen, von welchem auf seiner Klinik Schnitte gemacht wurden, und fordert nun Dr. Justus auf, über seine Untersuchungsergebnisse zu referieren. — Justus bekam das excidierte Hautstück in Alkohol und färbte die Schnitte mit Karmin und Safranin. Das mikroskopische Bild ist folgendes: Im subcutanen Gewebe ist eine scharfbegrenzte Zellenmasse sichtbar, welche bis zur Cutis, bis zur Pars papillaris vordringt. Dieses scharfbegrenzte Infiltrat ist stark gefärbt, besteht aus grofskörnigen Rundzellen mit wenig Protoplasmainhalt, welche augenscheinlich ohne Verbindungsgewebe nebeneinander gereiht sind. Wenn wir aber ein ausgepinseltes oder ausgetrocknetes Präparat betrachten, so ist doch ein feingeballtes Bindegewebe zu unterscheiden, in welches die einzelnen Zellen und Zellgruppen eingebettet sind. Die Zellen sind beiläufig gleichmäfsig verteilt und blofs gegen die Pars papillaris sind sie weniger dicht, zu den Blutgefäfsen oder zu den anderen präformierten Hautgebilden zeigen selbe kein besonderes Verhältnis, um die Gefäfse herum sind sie nicht dichter als anderweitig. Auf der ganzen Fläche kann man zahlreiche Zellenteilungsprodukte sehen, welches noch mehr deutlich wird mittelst wässerigem Anilinsafranin nach Babes. In Anbetracht dessen, dafs er die Zellen als Lymphzellen auffassen mufste, dafs Knotenbildung eine circumskripte ist, dafs zahlreiche Zellteilungsprodukte sichtbar sind, müssen wir diese kleinen Tumoren als Sarcomabildungen auffassen, und zwar in Anbetracht der Qualität der Zellen, der Art und Weise des Auftretens der Tumoren und deren Lokalisation als Lymphosarcoma, und zwar in dem Sinne. dafs die Veränderungen nicht von den Lymphdrüsen ausgingen oder mit diesen im Konnexe stehen, sondern dafs die Tumoren selbst aus Lymphoidzellen bestehen. — Havas diagnostizierte prima vista den Fall als eine Mykosis fungoides. Die von Nékám eingestellten Präparate bestärkten ihm noch seine Diagnose. Bezüglich dessen, dafs der Mykosis fungoides, mit welcher wir es auch hier zu thun haben, zwei Stadien pflegen vorzugehen und welche in diesem Falle nicht vorausgegangen sind, mufs er bemerken, dafs nach Galliard diese zwei Stadien nicht immer vorhanden sein müssen. — Nékám erwidert nun, dafs man bei der Mykosis fungoides viererlei Formen beschrieben hat. 1. Solche, bei denen der Affektion bereits Monate lang gewisse allgemeine diffuse Symptome vorhergegangen sind. 2. Die Mykosis d'emblée. 3. Wo auf einer lokalisierten Fläche ein Ekzem sich bildet, welches sich in seiner ganzen Ausdehnung in einen Tumor verwandelt, und 4. die von Quinquaud beschriebene, mit Hämorrhagien beginnende Mykosis fungoides. Die Veränderungen bei diesem Falle gleichen keiner der ersterwähnten Formen. Was die Sarkome anbelangt, unterscheidet Unna fünferlei Formen, mit denen diese Veränderungen auch nicht verglichen werden können. Was nun die leukämischen Tumoren anbelangt, gleicht der besprochene Fall dem von Biesiadecky beschriebenen Falle, denn wir haben es hier mit roten, weichen, an der Kuppe mit einer Delle versehenen, von den tieferen Teilen der Haut sich entwickelnden Tumoren zu thun. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes: Der Beginn der Tumorenbildung ist bis zum obersten Teile der Fettläppchen zu verfolgen, er schreitet weiter gegen auswärts, infiltriert die Cutis, verschont aber die papillare Schicht. Im Gesichtsfelde sind zahlreiche Lymphocyten zu sehen, die von Justus erwähnten Mitosen konnte er nicht sehen. Seiner Meinung nach sind das derartige Tumoren, welche aus von den Blutgefäfsen ausgewanderten Zellen bestehen, und er hält an seiner Ansicht fest, dafs diese Tumoren echte leukämische Tumoren sind. — Schwimmer bemerkt zur klinischen Diagnose, dafs im gegebenen Falle das Bild ein derartiges ist, wie wir es bei Mykosis fungoides zu beobachten pflegen, auf den Unterschenkeln sehen wir sogar ein Stadium eccematosum. Was nun das mikroskopische Bild anbelangt, das entspricht vollkommen dem Lymphosarcoma. Die leukämischen Tumoren pflegen

überhaupt nicht diese Größe zu erreichen. Was die von Nékám erwähnte Unnasche Einteilung anbelangt, kann er derselben nicht beipflichten, indem in der Regel mehr Klassen gemacht werden, als solche in der That vorhanden sein zu pflegen.

5. Ein Fall von beginnender konsekutiver Kraurosis infolge von Pruritus introitus vaginae et perinei, von Róna. Die 26jährige Patientin bemerkt seit 3 Wochen ein mäßiges Jucken auf den Geschlechtsteilen und um den After herum. Bei der Untersuchung zeigt sich, daß die Afterfalten und Perinealgegend schiefergrau verfärbt, die Haut daselbst verdickt und stellenweise excoriiert ist. Der Scheideneingang ist verengt, die Schleimhaut ist rigid und mit weißen dicken verhornten Schichten bedeckt, eingerissen. Es besteht eine Urethritis blennorrhoica. Der ganze Prozeß imitiert das Bild des Pruritus analis und perianalis, wie wir das bei Männern zu beobachten pflegen, nur mit dem Unterschiede, daß bei diesem Falle im Scheideneingange infolge von Kratzen und Masturbieren sich eine hochgradige Epithelvermehrung und Verhornung entwickelte; R. ist daher der Meinung, daß die Ursache der von den Autoren beschriebenen Kraurosisfälle in mechanischer Reizung der Vulva liegt mit konsekutiver Lichenifikation und bindegewebiger Infiltration.

Temesváry erwähnt, daß die Gynäkologen eine infolge Pruritus entstandene Kraurosis vulvae nicht anerkennen. Er hält den Fall für eine Vulvitis pruriginosa. — Róna bemerkt Temesváry, daß seine Bemerkung nicht auf Richtigkeit beruht, indem viele Gynäkologen, so auch Fritsch, von einer Kraurosis vulvae entstanden von einen Pruritus Erwähnung machen. *A. Aschner-Budapest.*

Amerikanische Dermatologische Vereinigung.

21. Jahresversammlung, abgehalten zu Washington am 4., 5. u. 6. Mai 1897.
(Schluß.)

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* August 1897.)

Einige Fälle von artificiellen Ausschlägen teilt Dr. Shepherd-Montreal mit. Unter den vier vom Vortragenden beschriebenen Fällen betrifft der erste ein Dienstmädchen, das seit zehn Tagen an einem eigentümlichen, an Händen und Vorderarmen lokalisierten Ausschlage leidet. Derselbe besteht aus einer Anzahl von circulären, Zehnpfennigstück großen, teils trockenen, harten, gangränösen, nahezu schwarzen, teils blaßgelben Plaques. Einige andere waren rot und entzündet. Alle sahen aus, als ob auf die entsprechenden Hautstellen eine heiße Metallscheibe appliziert worden wäre und zu einem mehr oder minder starken Verbrennungsgrade geführt hätte. Die Patientin wollte, wie sich nachträglich herausstellte, sich ihrer Arbeit entziehen. Unter geeigneten Verbänden heilten die Stellen ab. — Im zweiten Falle klagte die 44jährige Patientin, daß sie von lästigen Blasen an den Wangen heimgesucht würde, namentlich wenn sie auf dem Felde Arbeiten zu verrichten hätte. Sobald sie im Bette ruhe, sei sie ganz gesund; wenn sie aber des Morgens aufs Feld ginge, würden ihre Wangen rot, entzündet und schmerzhaft. Die Untersuchung stellte fest, daß die Patientin, um der Arbeit zu entgehen, mit einer Säure künstlich die Blasen ausschließlich an den Wangen hervorgerufen hatte.

Dr. Allen glaubt, daß die beschriebenen Ausschläge von hysterischen nicht streng zu scheiden wären. — Dr. Duhring, Grindon, Hartzell, Bronson, White halten es für sehr schwer, mit absoluter Bestimmtheit zu sagen, daß es sich bei derartigen Fällen um künstlich beigebrachte Ausschläge handle, und daß bei denselben nicht nervöse Einflüsse, Hysterie mit im Spiele wären.

Dr. R. W. Taylor und Dr. J. N. Hyde behandeln die Frage: **Welche Momente beeinflussen den Verlauf der Syphilis?** a. das Gift? b. das Individuum?

Diskussion: Dr. ATKINSON möchte der Ansicht TAYLORS entgegentreten, dafs die Syphilis in den letzten Decennien an Intensität abgenommen habe. Er glaube vielmehr, dafs man in der Neuzeit durch die Einrichtung von Hautkliniken und Polikliniken es auch den weniger Bemittelten ermöglicht hat, sich in den ersten Stadien der Krankheit behandeln zu lassen, und dafs man auf diese Weise in der Lage sei, die Syphilis frühzeitig energischer und wirksamer zu bekämpfen, als es früher der Fall war. — Dr. J. GRINDON bezweifelt, ob die Vortragenden Recht haben, der Qualität und Quantität des syphilitischen Virus nicht eine solche Bedeutung beizumessen, wie der Beschaffenheit des Bodens resp. des Individuums, auf welches das Gift übertragen sei. Bezüglich der Heilung der Syphilis bekundeten die Vortragenden einen Optimismus, der von anderen Ärzten, namentlich Neurologen nicht geteilt würde. Die letzteren berichteten über eine verhältnismäfsig grofse Zahl von postsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems bei Patienten, die in den ersten Stadien der Syphilis hinreichend nach FOURNIERS Vorschriften behandelt worden wären. — Dr. HARTZELL behauptet, das syphilitische Virus sei stets dasselbe, seine Virulenz erfahre jedoch je nach der Beschaffenheit des Bodens resp. des Individuums, in welches es implantiert werde, eine Veränderung. — Dr. MONTGOMERY folgt bezüglich des Wortes „Symbiosis" der von KLEBS gegebenen Erklärung, die mit TAYLORS Auffassung jedoch nicht übereinstimme. — Von den folgenden, an der Diskussion sich beteiligenden Mitgliedern machen die einen die Qualität des syphilitischen Virus, die anderen die Beschaffenheit des Individuums für die jeweilige Intensität der syphilitischen Erscheinungen verantwortlich.

Einen Fall von Porokeratosis (MIBELLI) oder Hyperkeratosis excentrica (RESPIGHI) beschreibt Dr. P. C. GILCHRIST-Baltimore. Der 21jährige Patient leidet seit fünf Jahren an der Affektion, die im Beginn beide Ohren, Nase, Kinn, Hals, Handrücken und den rechten Vorderarm befallen hat. Elf Mitglieder derselben Familie haben an derselben Krankheit gelitten. Der Ausschlag besteht aus verschieden grofsen und verschieden gestalteten Effloreszenzen, von denen die kleinsten, hauptsächlich im Gesichte befindlichen schmutzig braune, halbkugelige Erhabenheiten von horniger Beschaffenheit bilden. Wenn sie die Gröfse eines Stecknadelköpfchens erreicht haben, dann sinkt das Centrum ein; der Rand erscheint schwach erhaben, bisweilen rund oder oval oder unregelmäfsig. Entfernt man ein Knötchen mit der Curette, dann wächst es innerhalb eines Monats nach.

Die mikroskopische Untersuchung sowohl alter wie frischer Effloreszenzen hat ergeben, dafs es sich bei der in Rede stehenden Affektion um eine Hyperkeratosis der Schweifsdrüsenausführungsgänge und der benachbarten Haarfollikel handelt.

Eine allgemein annehmbare Scala von Mafsen zur genauen und einheitlichen Beschreibung von Hauteffloreszenzen empfiehlt Dr. C. W. ALLEN-New York. Die Gröfse von Effloreszenzen soll nicht nach Naturerzeugnissen, wie Haselnufs, Hirsekorn etc., sondern nach Millimetern oder Bruchteilen derselben angegeben werden. Zu diesem Zwecke hat der Vortragende eine Tabelle angefertigt.

Dr. DUHRING glaubt dagegen, dafs die bisherige Bestimmung der Gröfse nach bekannten Naturerzeugnissen sehr nützlich gewesen sei, weil man sich eine bessere Vorstellung von den Effloreszenzen gemacht habe. Wenn man jedoch sehr genau verfahren wolle, so sei der Vorschlag ALLENS nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen.

Eine eigentümliche Affektion der Haarfollikel beschreibt Dr. J. GRINDON-St. Louis. Dieselbe besteht in einer chronischen Entzündung des Haarfollikels, welche charakterisiert ist durch Herausstofsen eines Teiles der Wurzelscheide en masse, die über dem Haare verbleibt und mit seinem Wachsen emporgehoben wird. Da der

Prozefs von Zeit zu Zeit sich wiederholt, so gewinnen die aufeinander folgenden Massen eine oberflächliche Ähnlichkeit mit an Haaren haftenden Nissen. Die Affektion ist von schwacher Rötung der Umgebung der Follikelmündung begleitet und geht in eine heilbare Alopecie aus. Die beschriebenen Massen bestehen mikroskopisch aus Zellen der Huxleyschen und Henleschen Schicht, von einer Lage amorphen Detritus und Sebum umgeben.

Dr. M. B. Hartzell-Philadelphia beschreibt einen **Fall von Impetigo herpetiformis** bei einer 80jährigen Frau.

Dr. J. A. Fordyce-New York berichtet über einen **Fall von Impetigo herpetiformis oder Dermatitis herpetiformis**. Während Dr. Duhring diesen Fall als Impetigo herpetiformis ansieht, neigt Dr. Johnston zur Diagnose Dermatitis herpetiformis.

Ein Fall von Pseudo-Lupus vulgaris, zurückzuführen auf die Anwesenheit und das Wachstum eines Blastomyceten, von Dr. Gilchrist und Dr. W. R. Stokes-Baltimore. Die Krankheit begann bei dem 33jährigen Patienten vor 11½ Jahren mit einem Knötchen hinter dem linken Ohr, das bald pustulös wurde, sich sehr langsam aber stetig ausdehnte. Nach und nach wurde das ganze Gesicht befallen, dessen centraler Teil gegenwärtig narbig atrophisch ist. Ähnliche Läsionen traten am rechten Handrücken, an der rechten Seite des Scrotums, an der Vorderfläche des linken Oberschenkels auf. Einige derselben heilten nach kürzerer oder längerer Zeit spontan ab. Die Krankheit zeigte bei der ersten Untersuchung die charakteristischen Merkmale eines Lupus vulgaris. Die Lymphdrüsen waren jedoch nirgends vergröfsert und das Allgemeinbefinden des Patienten war stets gut. — Die mikroskopische Untersuchung von Schnitten der Hautläsionen ergab das Vorhandensein eines Blastomyceten, der sphärisch, unicellulär war, 10—20 μ im Durchmesser mafs und aus einer doppelt konturierten Membran bestand, welche ein feinkörniges Protoplasma oder bisweilen eine Vacuole einschlofs. Es fanden sich viele knospentreibende Formen in verschiedenen Stadien. Kein Kern konnte nachgewiesen werden, noch waren Mycelien oder Hyphen in den Geweben vorhanden. Der Parasit erwies sich beinahe immer als ein extracellulärer Organismus. Nur sehr wenige Exemplare waren in Riesenzellen eingeschlossen. Der Mikroorganismus konnte auf den gewöhnlichen Nährböden, besonders Kartoffeln rein gezüchtet werden und wirkte pathogen auf Hunden, Schafen, Pferden, nicht pathogen auf Mäusen und Kaninchen. — Auf Grund der Befunde betrachten die Vortragenden den Fall als eine rein lokale blastomycetische Dermatitis.

Dr. Fordyce: Angesichts des vorstehendes Falles wird man in manch anderen Fällen mit der Diagnose der Hauttuberkulose vorsichtig sein müssen. — Alle anwesenden Mitglieder stimmen darin überein, dafs die Befunde Gilchrists eine wichtige Bereicherung unserer Kenntnisse in der Dermatologie bedeuteten.

Dr. William Thomas Corlett-Cleveland beschreibt einen **Fall von spontaner Gangrän der Haut** bei einem 15jährigen, kräftig gebauten Mädchen, das sich ihre linke Wange mit einem Traubenblatte eingerieben hatte. Am folgenden Tage zeigten sich an dieser Stelle zwei Flecke, die an eine Verbrennung ersten Grades erinnerten. Unter ödematöser Schwellung der Umgebung entwickelten sich aus den Flecken zwei Blasen. Dieselben machten nun in den darauffolgenden Tagen alle Stadien einer intensiven Verbrennung durch und erst nach Ablauf von drei Wochen waren die Stellen abgeheilt. Der Prozefs hatte der Patientin bedeutende Schmerzen verursacht. Zwei Monate später entstand auf der Dorsalfläche des linken Mittelfingers eine ähnliche Affektion wie auf der Wange. Nach weiteren zwei Monaten wurde der Nagel der kleinen Zehe des rechten Fufses befallen. Der gangränöse Prozefs dehnte sich

bis auf den Metatarsalknochen aus unter ödematöser Schwellung der Dorsalfläche des Fußes. — Fünf Monate nach Beginn der Erkrankung war alles abgeheilt, ohne daß frische gangränöse Stellen sich gezeigt hätten.

Bemerkungen über den Stand des Colles'schen Gesetzes an der Hand eines Falles, von Dr. Corlett-Cleveland. Eine 38jährige Frau präsentiert in der Klinik ihr zwei Monate altes Kind mit einem dunkelroten, makulösen Ausschlag am ganzen Körper. Handteller und Fußsohlen waren mit ergriffen. Das Kind hatte Stockschnupfen und zeigte Schleimpapeln im Munde. Die Diagnose Syphilis war nicht zweifelhaft. Die Mutter des Kindes war anämisch und klagte über Schmerzen in den Knochen der Beine. An der linken Brustwarze befand sich ein oberflächliches, scharf begrenztes, induriertes Geschwür, das nach den Angaben der Patientin etwa drei Wochen, nachdem das Kind die wunde Stelle im Munde bekommen hatte, entstanden war. Die Achselhöhlendrüsen links waren vergrößert, frei beweglich, schmerzlos. Die Diagnose lautete Initialsklerose an der linken Brustwarze. Die Frau war früher stets gesund, hatte von ihrem ersten Manne zwei gesunde Kinder. Ihr zweiter Mann, der Vater des syphilitischen Kindes, hatte von seiner ersten Frau vier gesunde Kinder, die noch am Leben sind. Nach dem Tode dieser Frau blieb er drei Jahre Wittwer. Ob er sich während dieser Zeit infiziert hat, ließ sich nicht eruieren. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 41, Heft 2. 1897.

I. **Beitrag zur Kenntnis der Sarcomatosis cutis,** von Gustav Tandler-Prag. Verfasser rekapituliert die Krankengeschichte eines von Prof. Pick im Verein Deutscher Ärzte in Prag demonstrierten Falles von idiopathischem, multiplen Pigmentsarkom der Haut bei einem 12jährigen Mädchen. An beiden Händen der Patientin erscheinen die meisten Finger, namentlich Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand, besonders um die Phalangealgelenke unförmlich verdickt, die Beweglichkeit derselben ist jedoch erhalten. Die Verdickungen sind bedingt durch zahlreiche, erbsen- bis kirschkerngroße, den tieferen Partien der Haut angehörige, wenig verschiebbare, teils isolierte, teils zu größeren Massen konfluierte, cyanotisch gefärbte Knoten. Befallen ist außerdem noch die Volarseite der Grund- und Mittelphalangen und die Streckseite des Ellenbogengelenkes unterhalb des Olecranon. An beiden Handrücken, an der ulnaren Seite der Vorderarme, an beiden Kniescheiben und noch an einigen anderen Stellen ist die Haut dunkelbraun pigmentiert. Am rechten Ellenbogengelenke sieht man eine, wahrscheinlich durch mechanische Läsion bedingte oberflächliche Ulceration. Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurden ein erbsengroßer Tumor über dem Metacarpo-Phalangealgelenke des vierten Fingers rechts, ferner der exulcerierte Knoten über dem rechten, sowie mehrere erbsengroße Knoten über dem linken Ellenbogengelenke unter Kokain-Anästhesie excidiert. Die histologische Untersuchung hat ergeben, daß es sich in dem vorliegenden Falle um Sarkome der Haut handelte. Die Befunde werden ausführlich mitgeteilt und zur Feststellung einer bestimmten Diagnose herangezogen. Sehr eingehend bespricht Verfasser den Fall in differentialdiagnostischer Beziehung. Er gelangt dahin, denselben als zur Sarcomatosis

cutis gehörig anzusehen. Therapeutisch ist der Fall interessant, weil unter fortgesetztem Arsengebrauch eine sehr bedeutende Besserung erzielt wurde.

II. **Über die Resorption der Kalomelinjektionen**, von G. Piccardi-Turin. Der Verfasser wirft zunächst einen Rückblick auf die experimentellen Arbeiten von Scarenzio, Smirnoff, Ricordi, Balzer und De Michele, welche mehr oder weniger eingehend die Wirkung der Kalomelinjektionen auf das Unterhautzellgewebe oder auf das Muskelgewebe untersucht hatten. Verfasser hat seinerseits auf Veranlassung von Prof. Bizzozero an den gewöhnlichen Experimenttieren, besonders am Kaninchen, nach dieser Richtung hin Untersuchungen angestellt. Die Resultate derselben werden in folgenden Schlufssätzen mitgeteilt. 1. Das Kalomel hat eine positiv chemotaktische Wirkung auf die Leukocyten und kann, so lange seine Umbildung in Quecksilberchlorid noch nicht begonnen hat, von diesen aufgenommen werden. Sobald die Umbildung ihren Anfang nimmt, gesellt sich zu dem fortbestehenden chemotaktischen Vermögen des Kalomels die chemotaktische Wirkung des Sublimats, während die phagocytäre Thätigkeit der Leukocyten aufhört. 2. Der Phagocytismus findet also nur in jenen Teilen des Organismus statt, wo die Cirkulationsströme sehr aktive sind und die Leukocyten zum Kalomel gelangen, ehe diess sich umzubilden anfängt. 3. In der Peritonealhöhle, welche eben diesen Bedingungen entspricht, können die Leukocyten eine Zeit lang nach der Injektion die Kalomelkörnchen in sich aufnehmen und sie sogar in die Retrosternal- und Mediastinaldrüsen schleppen, wo die Umbildung dann stattfindet. 4. Im Subcutan- und Muskelgewebe umgeben die Leukocyten einfach das Kalomel, ohne es in sich aufzunehmen und fortzuschleppen, weshalb die Umbildung desselben ausschliefslich an der Injektionsstelle stattfindet und durch die Flüssigkeiten des Organismus bewirkt wird.

III. **Zur Ätiologie des Naevus pilosus pigmentosus congenitus extensus**, von M. O. Bircher-Zürich. Der Verfasser beschreibt aus seiner Praxis einen Fall, bei dem die pathologische Bildung hauptsächlich aus zwei Teilen besteht: 1. einer ausgedehnten, pigmentierten, teils behaarten, teils warzigen Hautpartie, welche scharf begrenzt am Hinterhaupt, Nacken, Hals und oberem Rücken sitzt; 2. einem am oberen Ende dieses Gebildes am Hinterhaupt sitzenden ovalen, ca. 1 cm erhabenen, 8 cm breiten, sich weich anfühlenden Tumor. Die Natur des ersten Teiles kann nicht zweifelhaft sein. Es handelt sich um einen ausgedehnten, angeborenen Naevus pigmentosus pilosus. Schwieriger gestaltet sich die Diagnose des zweiten Teiles. Es handelt sich um eine angeborene Geschwulst von halber Handflächengröfse, glatt, dem Kopfumfange anliegend, weich wie ein schlaffer Sack, nicht kompressibel, ohne Pulsation, ohne flüssigen Inhalt, symmetrisch zur Medianlinie, nahe dem Hinterhauptsloche liegend und dort in der Tiefe am Schädelknochen fixiert. Es kommen differentiell-diagnostisch in Betracht: Lipom, Fibrom, Angiom, Dermoidcyste, Cephalocele. Verfasser gelangt unter Ausschluss der anderen Möglichkeiten dahin, die Geschwulst als eine Cephalocele anzusehen, die auch Dr. Brunner bei demselben Patienten diagnostiziert hat. Rossi beschreibt einen Fall, der ebenfalls eine Kombination von Spina bifida mit einem Naevus pigmentosus darstellt. Im folgenden stellt der Verfasser aus der Litteratur 34 Fälle von Naevi pilosi pigmentosi tabellarisch zusammen, wobei er in den einzelnen Rubriken Form und Sitz des Naevus pilosus, Beschaffenheit der Grenze, Angaben über den Haarwuchs, Ätiologie, Heredität und die Kombination mit anderen pathologischen Bildungen berücksichtigt. Verfasser findet in den zahlreichen Publikationen aus der Litteratur keine genügende wissenschaftliche Erklärung weder über die Ursachen noch über die Entstehungsweise der Naevi pilosi. Eine solche soll Aufschluss geben über: 1. Alle Formen der Naevi pilosi, über die multiplen über den ganzen Körper verteilten Naevusflecken, über die Nebennävi. 2. Über die

bilaterale oder unilaterale Anordnung, über den Vorrang der hinteren Medianlinie des Körpers. 3. Über das eigene Wachstum und das eigentümliche Verhalten der Haarrichtung. 4. Über die Disposition zur Tumorbildung und malignen Degeneration. 5. Über den Zusammenhang zwischen Naevus und Cephalocele. 6. Über den Mangel an Heredität. 7. Über die scharfe unvermittelte Begrenzung. — Eine Erklärung mufs ihren Ausgang nehmen vom intrauterinen Leben des Trägers, von der Entwickelung des menschlichen Embryo. Der Verfasser resumiert seine eigenen Anschauungen über die Naevi pigmentosi pilosi folgendermafsen: Die grofsen tierfellähnlichen Muttermäler bilden eine wohlcharakterisierte geschlossene Gruppe von pathologischen Bildungen. Aufser der Pigmentierung und der Behaarung besitzen sie noch eine Reihe von wichtigen Eigenschaften, welche zum Teil bisher noch als nebensächlich angesehen wurden: 1. Ihre variable Lagerung im Hautorgan des Trägers mit Vorzug der hinteren Medianlinie als Mittellinie für ihre Ausarbeitung. 2. Ihre Disposition zu Tumorbildung. 3. Ihre scharfe unvermittelte Grenze. 4. Ihr eigenes Wachstum im Gegensatz zum „Mitwachsen". 5. Das Nichtbestehen einer Vererbung. Die Ansicht des Verfassers über ihre Ätiologie lautet: "Die Entstehungsursache ist nicht in dem mit dem Naevus behafteten Menschen selbst zu suchen, sondern sie liegt aufserhalb desselben. Aus der Komplikation mit der Cephalocele geht hervor, dafs jene in die früheste Periode des Embryonallebens, die ersten 3—4 Wochen der Gravidität fällt. Erste Bedingung für die Entstehung ist das Vorhandensein eines Zwillingskeimes. Der Naevus entsteht nun aus einer der beiden Keimanlagen, welche vielleicht durch ein Trauma zersprengt wird und sodann stückweise auf die zweite persistierende Anlage transplantiert wird, mit ihr verwächst, von ihr ernährt und ihren Wachstumsgesetzen mehr oder weniger unterworfen wird. Dieser Wachstumskampf des ganzen Keimes mit dem transplantierten Keimstück spiegelt sich im postembryonalen Leben ab in dem Verhalten der Richtungslinien des Haarkleides und in gelegentlicher Respektierung der Voigtschen Grenzlinien. — Ätiologisch sind diese Naevi die nächsten Verwandten der „Dermoidcysten". Der Verfasser illustriert seine Ansicht mit dem Satze: „Ein Mensch, welcher ein behaartes, pigmentiertes Riesenmal mit auf die Welt bringt, trägt ein Stück seines untergegangenen Zwillingsgeschwisters auf seiner Oberfläche." — Über den Volksglauben des Versehens bei den Naevi meint Verfasser, dafs ein Körnchen Wahrheit in der Vox populi liegen möge. Wenn ein psychischer Insult von genügender Heftigkeit eine Mutter in der allerersten Zeit ihrer Gravidität treffe, so wäre es möglich, dafs auf reflektorischem Wege z. B. durch Kontraktion der Uterusmuskulatur eine Zertrümmerung einer Keimanlage herbeigeführt werde, woraus dann im Falle des Bestehens einer Doppelanlage die fötalen Transplantationen ihren Ursprung nehmen würden. Gerade diese Art der Entstehung würde auch die multiplen Naevusflecken und die Neben-Naevi am besten erklären.

IV. **Die Behandlung der Syphilis mit Serum merkurialisierter Tiere**, von B. Tarnowsky und S. Jakowlew-St. Petersburg. Es wurden zwei Arten von Serum verwendet, eins, welches ohne Zusatz von Phenol zubereitet war, und eins, das von Pferden stammte, welche durch Injektionen von mit Phenol (0,5 Phenol auf 10 ccm Serum) versetztem Hydrargyrum salicylicum merkurialisiert worden waren. An 16 Patienten wurden Versuche angestellt und zwar an 13 mit dem ersten und an dreien mit dem zweiten Serum. Das Serum wurde in der Quantität von 10—20 ccm drei- bis viermal wöchentlich mit den üblichen Vorsichtsmafsregeln in die Rückengegend injiziert. Durchschnittlich bekam jeder Patient 17 Injektionen (Minimum 6, Maximum 26) im Betrage von 183 ccm. Von den 16 Patienten hatten 11 Frühformen von Syphilis und 5 tertiäre Erscheinungen. Die Krankengeschichten dieser Fälle und der

Verlauf der syphilitischen Manifestationen unter der Behandlung mit Seruminjektionen werden ausführlich beschrieben. Das Resultat der Beobachtungen ist folgendes: 1. Einspritzungen von Serum merkurialisierter Pferde besitzen keine Heilwirkung gegenüber dem Verlauf der Primäraffektion und auch der sekundären (kondylomatösen) und tertiären (gummösen) Periode der Syphilis. 2. Einführung merkurialisierten Serums vermittelst subcutaner Einspritzungen bewirkt in $^4/_5$ der Fälle Fiebererscheinungen, meistenteils in Begleitung von Purpuraausschlag, Gelenk- und Muskelschmerzen, Albuminurie, Schwellung der Axillardrüsen und Abnahme des Körpergewichts. 3. Bei Einspritzungen merkurialisierten Serums wird an syphilitischen Patienten beständig Verarmung des Blutes beobachtet, infolge Verringerung der Anzahl roter und weifser Blutkörperchen, Abnahme des Hämoglobingehalts und des spezifischen Gewichts des Blutes. 4. Aus der Gesamtheit der bisher von den Verfassern angestellten Untersuchungen geht hervor, dafs weder Einspritzungen reinen Pferdeserums, noch solchen, welches von merkurialisierten und syphilisierten Füllen stammt, als Behandlungsmethode der Syphilis empfohlen werden können; sie müssen, im Gegenteil, vermieden werden, da der Organismus der Kranken durch Einverleibung des Tierserums geschädigt wird.

V. **Über einen Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem,** von Fritz Juliusberg-Frankfurt a. M. Der 23jährige Patient giebt an, bei gewissen äufseren Reizen, z. B. bei der Einwirkung der Wärme, der Sonnenstrahlen, nach stärkeren Anstrengungen, sowie beim Angesprochen- und Angesehenwerden stark und schnell zu erröten. Das Erröten war an den betroffenen Stellen mit heftigem Jucken verbunden. Häufig traten Juckanfälle beim Genufs warmer Speisen auf. Den Juckanfällen ging stets Rötung der Haut voraus. — Der seit dem 17. Lebensjahre des Patienten bestehende Ausschlag ist wesentlich charakterisiert durch rote Fleckchen, weiche, meist runde Papeln von rotgelber bis orangegelber Farbe und diffuse Schuppenbildung, die sich bei genauerer Besichtigung in dicht aneinander gereihte, erbsengrofse, scharfbegrenzte Schüppchen auflöst. Dieselben haften mit dem Centrum fest an der Unterlage. Nach ihrer Entfernung tritt keine kapilläre Blutung ein, sondern es tritt die normale Hautdecke zu Tage. Stellenweise zeigen sich gröfsere, lamellöse Schuppen. Befallen ist mehr oder weniger stark der ganze Körper. An den gesunden Partien ist die Haut trocken und blafs. Die Nägel sind überall frei von der Affektion. — Die mikroskopische Untersuchung eines von einer schuppenden Stelle excidierten Hautstückchens ergiebt eine erhebliche Verdickung des Stratum corneum, während die Malpighische Schicht im ganzen ein normales Verhalten zeigt. Die Papillen und die an die Papillen angrenzenden Schichten des Coriums sind kleinzellig infiltriert. Die Infiltrate liegen zum gröfseren Teile regellos, teilweise folgen sie dem Verlaufe der Gefäfse, deren Wand sie ringförmig umgeben, stellenweise dringen sie sogar in die Adventitia und Media der Arterien ein. Die Drüsen der Haut, die elastischen Fasern zeigen keine abnormen Verhältnisse. — Der Verfasser erörtert im folgenden die Frage, ob das beschriebene Krankheitsbild in so engen Beziehungen zu einer der bekannten Gruppen von Hautkrankheiten steht, dafs man es in diese zwanglos einreihen könne, oder ob es eine neue eigenartige Erkrankung darstelle. Er neigt dazu, die Frage in letzterem Sinne zu bejahen. Der Fall erinnert an den von Jadassohn auf dem vierten Kongresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft demonstrierten. Doch fehlten bei diesem die lichenähnlichen Knötchen. Beide Fälle hatten auch die Erfolglosigkeit der Therapie gemeinsam. Mangels eines geeigneteren Namens begnügt sich der Verfasser, die Affektion als ein psoriasiformes und lichenoides Exanthem zu bezeichnen. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band II, Heft 9.

Ein Fall von Blasenhämorrhoiden und seine Diagnose durch das Cystoskop, von Carmelo Bruni. Ein 21jähriger Mann bekam nach einer Apoplexie Blasenbeschwerden: Harndrang, blutig gefärbten Urin etc. Diese liefsen nach 15—20 Tagen nach, die Krisen wiederholten sich aber in 18 Monaten 3—4mal. Es wurde ein Blasenpapillom diagnostiziert. Das Cystoskop ergab nur im Blasengrunde ektasierte Gefäfse von Rosenkranzform. — Verfasser meint, dafs kein klinisches Symptom für Blasenhämorrhoiden pathognomonisch ist; entscheidend ist allein das Cystoskop. Würde die cystoskopische Untersuchung bei allen verdächtigen Fällen von Blutungen systematisch ausgeübt, so würden die Fälle der Beobachtung von Blasenhämorrhoiden sich mehren, und man würde gröfsere klinische Klarheit über dieses Leiden erlangen, sodafs wir vor vielen Irrtümern in der Diagnose bewahrt blieben.

Band II, Heft 10.

Über Doppelbildungen der Harnröhre des Mannes, von F. Stockmann. (Schlufs.) An die mitgeteilten 14 Fälle aus der Litteratur schliefst Verfasser den Bericht über einen selbst beobachteten. Derselbe betraf einen 24jährigen Patienten mit chronischer Blennorrhoe. Die Glans war ihrer ganzen Länge nach von einem Spalt durchzogen, der sich auf dem Penisrücken als seichte Halbrinne bis unter die Symphyse fortsetzte. Die Spaltränder der Eichel lagen dicht aneinander, nur im unteren Teil war eine leichte, ca. 1 cm lange Erweiterung sichtbar. Die Halbrinne wird durch eine leichte Halbrinne der Corpora cavernosa gebildet und ist mit normaler Schleimhaut ausgekleidet. In der Gegend der Pubes wird die Rinne von einer deutlich ausgeprägten Falte überbrückt. Dieselbe ist durch kavernöses Gewebe von der eigentlichen Harnröhre getrennt. Beim Urinieren fliefst stets zuerst etwas aus der Kanalöffnung an der Symphyse heraus, dann nach einigen Sekunden kommt der ganze Harnstrahl aus der natürlichen Öffnung, während der obere allmählich versiegt. Die Untersuchung ergab, dafs man von der Rinne aus wie von der normalen Harnröhre auf getrennten Wegen in die Blase gelangt. Das cystoskopische Bild deutet auf das Vorhandensein eines doppelten Schliefsapparates. Das Sperma wird nicht ejakuliert, sondern quillt nach einiger Zeit langsam aus beiden Öffnungen hervor. Verfasser vermutet eine Spaltbildung im Caput gallinaginis. — Es können vier Arten abnormer Harnröhrenbildung unterschieden werden: 1. Blind unter der Symphyse endende Gänge, Aberrationen eines Prostatastückes; 2. blind endende Gänge unbekannter Herkunft; 3. im weiteren Verlaufe in die Harnröhre einmündende resp. aus ihr entspringende Gänge; 4. isoliert bis in die Blase sich erstreckende Gänge. Nur diese sind Doppelbildungen der Harnröhre in engerem Sinne. Solche sind aufser dem oben berichteten nur noch zwei bekannt, von Pribram und Meiskls.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologisches Centralblatt.

Internationale Rundschau auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Herausgegeben von Max Joseph, Berlin.

Band I, Heft 1.

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe. Ein neues Silberpräparat: Protargol. Prolongierte Injektionen, von A. Neisser. Die Aufgabe der Gonokokken-Behandlung und Prophylaxis ist die möglichst schnelle Abtötung der Infektionsträger. Zur Vorbeugung ist die Instillation einiger Tropfen 2 % Argentum nitricum-

Lösung sehr zu empfehlen. Das Janetsche Verfahren führt oft zu schneller Heilung noch einige Tage nach der Infektion, wenn schon Entzündung und Eiterung vorhanden. Aber erstens kommen nur wenige Kranke so früh in Behandlung, zweitens kann nicht jeder Kranke 1—2 mal täglich den Arzt aufsuchen. Den Wert der Irrigationen an sich kann Neisser den Injektionen gegenüber nicht zu hoch anschlagen. Sie sind unbequemer, schwerer durchzuführen, reizen oft infolge der brüsken Dehnung oder der Benutzung eines Katheters und bewirken oft Komplikationen. Die Konzentration der verwendeten Lösungen kann ja nie so gewählt werden, dafs diese die Gonokokken momentan abtöten; bei Argentum nitricum müfste es schon eine 2%. Lösung sein. Es mufs deshalb die Einwirkungsdauer verlängert werden, dazu ist aber die nach der Injektion in der Urethra ruhende Flüssigkeit geeigneter als die strömende bei der Irrigation. Die mechanische Säuberung besorgt letztere allerdings besser, aber sie läfst sich auch durch Injektion mit grofsen 10—15 ccm haltenden Spritzen erreichen. Verfasser will die Spülmethode nur bei schlecht zugänglichem Orificium externum und, wo rapide Heilung erwünscht ist, anwenden; die Spülung würde dann am besten mit langsam einzuführendem, dünnen Katheter rückläufig ausgeführt werden. Im übrigen ist die Einspritzung das Normalverfahren, nur mufs sie gut ausgeführt werden. — Als Heilmittel empfiehlt Verfasser ein neues Silbersalz, Protargol, eine Verbindung des Silbers mit Proteinstoff, das 8,3 % Silber enthält. Es ist ein feines, gelbliches Pulver, leicht in kaltem und warmem Wasser löslich; die Lösung trübt sich beim Erhitzen nicht. Seine wesentlichste Eigenschaft ist, dafs die wässerigen Lösungen weder durch Eiweifs, noch durch verdünntes Chlornatrium, weder durch verdünnte Salzsäure noch durch Natronlauge gefällt werden. Durch diese Eigenschaft ist eine unbegrenzt tiefe Wirkung gegeben. Dazu reizt das Mittel in $^1/_4$—1 %iger Koncentration äufserst wenig und kann deshalb sobald wie möglich nach der Infektion Anwendung finden und auch länger in der Harnröhre gelassen werden. Verfasser will die einzelnen Injektionen bis zu 30 Minuten verlängern, indem Patient mehrmals hintereinander alle 5—10 Minuten injiziert. Bei derartiger Prolongierung dringt auch oft die Flüssigkeit in die Pars posterior und berieselt dieselbe. — Das Verfahren ist deshalb folgendes: 1. Feststellung, ob Gonokokken vorhanden sind. 2. Sofortiger Beginn der Injektionen. Behandlung einer vorhandenen Urethritis posterior mit besonderen Instrumenten erst, wenn die Injektionen nicht genügen. 3. Dreimal täglich Injektionen nach vorherigem Urinieren; bei zwei Injektionen bleibt die Flüssigkeit 5 Minuten, bei der dritten 30 Minuten in der Harnröhre mit wiederholtem Wechsel der Protargollösung. 4. Nach einigen Tagen nur die eine prolongierte Injektion; daneben eventuell Suspensionen mit Bismutum subnitricum ($2^1/_2$ %), Thioform ($2^1/_2$ %), Xeroform (2 %); als Suspensionsflüssigkeit dient 3 % Borsäure- oder $^1/_4$ % Zincumsulfuricum-Lösung mit Zusatz von 20 % Glycerin. 5. Fortsetzung der Behandlung durch 3—4 Wochen, selbst wenn die Gonokokken nach wenigen Tagen nicht mehr auffindbar sind. 6. Kontrolle der Gonokokken. 7. Verwendung von $^1/_4$—$^1/_2$—1 %iger Lösung, schnell steigend. 8. In chronischen Fällen eventuell artificielle Steigerung der Entzündung durch Argentamin-Injektionen (1 : 2000—4000); meistens wird aber auch hier Protargol genügen. — Die vom Verfasser mit Protargol erzielten Erfolge sind bessere als bisher; es hat die Erwartungen vollkommen erfüllt Nähere Mitteilungen über die bakteriologischen und pharmakologischen Eigenschaften des Präparates sollen bald folgen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein neues Blatt wird heute mit einem gelinden Schrecken begrüfst; die Litteratur, auch die periodische, ist schon grofs genug. Eine Lücke wird wohl kaum der gefräfsigste medizinische Zeitungslöwe empfunden haben. Und nun gar eine neue

Zeitschrift ins Leben zu rufen auf einem spezialistischem Gebiete, auf dem schon eine recht stattliche Reihe von Zeitschriften existieren, die allen, auch den anspruchvollsten Anforderungen genügen, halten wir für ein kühnes, ja sogar mehr wie gewagtes Unternehmen. Möge der Herausgeber seine Erwartungen nicht getäuscht sehen und der Verleger dabei seine Rechnung finden. (D. Red.)

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1897, Heft 4.

Beitrag zur sekundären und gummösen syphilitischen Epididymitis, von Mellè. Der Nebenhoden kann sowohl in der sekundären als in der tertiären Periode der Syphilis primär d. h. ohne vorhergehende Entzündung des Hodens erkranken. Die Affektion verläuft dann unter charakteristischen Symptomen, wodurch sie sich von der blennorrhoischen oder tuberkulösen Entzündung ziemlich leicht unterscheiden läfst. Wegen ihrer Schmerzlosigkeit und ihres schleichenden Verlaufs wird sie sowohl vom Patienten als vom Arzte oft übersehen. Im Mittel tritt sie im 25. Jahre auf und ist, wenn sekundär, stets bilateral; doch darf das einseitige Auftreten der gummösen Epididymitis nicht als Regel aufgestellt werden. Im ersteren Falle ist stets der Kopf befallen; die gummöse Epididymitis ergreift ebenfalls selten das ganze Organ; letztere ist aufserdem in ungefähr der Hälfte der Fälle mit gummöser Deferentitis kompliziert. Die primäre syphilitische Epididymitis ist häufiger in der gummösen als in der sekundären Periode; sie kann als einziges luetisches Symptom bestehen, wird aber meist von anderen der betreffenden Periode eigenen Erscheinungen begleitet. Sie braucht nicht als erschwerendes prognostisches Zeichen betrachtet zu werden und weicht immer einer kombinierten Jod-Quecksilbertherapie. Eine solche mufs in jedem zweifelhaften Falle von Nebenhodenerkrankung eingeleitet werden.

Weitere histologische Untersuchungen über die luetischen Veränderungen der Gehirnarterien, von Stanziale. Verfasser giebt, an der Hand von 5 Fällen, eine ausführliche Beschreibung des histologischen Befundes bei cerebraler Lues (Gefäfse und Meningen). Er hält dieselben für charakteristisch genug, um von der Arteriosklerose unterschieden werden zu können. Der Arbeit sind mehrere Tafeln beigegeben.

Zur Salbenbehandlung der blennorrhoischen Urethritis, von Pitruzzella. Verfasser hat 60 Fälle nach dieser Methode behandelt und erklärt, dafs dieselbe bei chronischem Tripper jeder anderen vorzuziehen sei, weil sie vollständig gefahrlos sei, einen intimeren und längeren Kontakt des Medikaments mit der Schleimhaut ermögliche und weil ferner dem Katheter eine mechanische Wirkung zukomme. Verfasser hat die Tommasolische Salbenspritze benutzt; als Medikamente Ichthyol, Bleiacetat, Kupfersulfat und Argentum nitricum; als Vehikel Lanolin mit Zusatz von Olivenöl.

Beitrag zum Studium der Verruca juvenilis, von G. Lupis. Nach den Untersuchungen des Verfassers scheinen die Warzen kontagiös zu sein, doch lasse sich diese Kontagiosität experimentell schwer nachweisen. Mikroorganismen mikroskopisch oder bakteriologisch nachzuweisen gelang ihm in keinem Falle. In histologischer Beziehung ist zu bemerken, dafs die Hyperplasie wahrscheinlich zunächst in der Epithelschicht entsteht, dafs sodann sekundär infolge entweder der Hyperplasie dieser Schicht oder der Behinderung einer Verhornung der Retezellen und ihrer Anhäufung eine mechanische Hypertrophie der Papillarschicht eintritt.

Über einen Fall von Tinea Gruby (Sabouraud), von Prof. Mibelli. Es ist dies der erste in Italien beobachtete Fall dieser Varietät von Trichophytie, welche

dem Mikrosporon Audouini, Gruby-Sabouraud, ihre Ursache verdankt. Sie wurde seinerzeit von Sabouraud ausführlich beschrieben. Der Fall Mibelli unterscheidet sich aber von dem, was Sabouraud als „teigne rebelle“ bezeichnet hat, durch seine aufserordentliche Benignität, sowie in einzelnen anderen Punkten: die Pilzinvasion ist eine verhältnismäfsig geringe, weshalb die Haare auch weniger brüchig sind; die Haare sind ferner aufser von einer ausschliefslich aus Parasiten bestehenden Scheide noch von einem Horncylinder umgeben, der sich eine Strecke weit über den extrafollikulären Abschnitt fortsetzt. Von diesem Cylinder gehen dann lange und ziemlich zahlreiche Mycelfäden aus, wie man sie bei der Sabouraudschen Form nicht findet; dies beweist, dafs der Pilz auch aufserhalb des Haares in epidermalen Elementen zu leben vermag. Die dichteste Pilzansammlung wird im Bulbus konstatiert, was darauf schliefsen läfst, dafs sich derselbe von hier aus nach oben entwickelt, im Gegensatze zu dem, was Sabouraud behauptet. Im Innern der Corticalis erzeugt der Pilz ein reichliches Mycel, das sich gar nicht verzweigt und grofse Ähnlichkeit zeigt mit dem intracorticalen Mycel des Favus.

Gestützt auf diesen Befund nimmt Mibelli an, dafs, obwohl es sich unzweifelhaft um eine Tinea Gruby handelt, der Pilz ein anderer sein mufs als das Mikrosporon Audouini, nach der Meinung von Prof. Bodin wahrscheinlich das Mikrosporon canis.

C. Müller-Genf.

Besprechungen.

Therapie der Hautkrankheiten, von L. Leistikow. Mit einem Vorwort von P. G. Unna. (Hamburg und Leipzig, 1897. Leopold Voss.) Wenn man von der neueren dermatologischen Therapie spricht, tritt sofort die Unnasche Thätigkeit auf diesem Gebiete in den Vordergrund. Die therapeutischen Bestrebungen Unnas machten sich nach zwei Richtungen geltend: Erstens war er stets auf der Suche nach neuen Heilmitteln und neuen vollkommeneren Applikationsmethoden, zweitens war er stets bestrebt, die Theorie mit der Praxis in Einklang zu bringen, d. h. über praktisch-therapeutische Erfolge sich die richtige theoretische Vorstellung zu verschaffen und umgekehrt von theoretischen Anschauungen über die Pathogenese des Leidens ausgehend, diesen entsprechende Heilmittel auszuwählen resp. sich zu konstruieren. Dafs in beiden Richtungen ungeheuer viel Positives geschaffen ist, wird jeder Dermatologe zugeben, selbst wenn man eingesteht, dafs so manches als praktisch empfohlene sich nicht hat halten können und manche theoretische Hypothese bei der Übertragung auf die Praxis mit derselben nicht recht harmonieren wollte. Die Unnaschen Heilverfahren sind zum grofsen Teil Allgemeingut der Dermatologen geworden. Es mufs deshalb das gröfste Interesse erregen, wenn jemand, der viele Jahre mit Unna praktisch zusammenarbeitet, eine Therapie der Hautkrankheiten schreibt, welche auf Unnaschen Methoden beruht. Der Verfasser des vorliegenden Buches hat sich diese Aufgabe gestellt; er will die Unnasche Therapie in zusammenfassender Weise darstellen und bemüht sich dabei auch sichtlich, den Spuren Unnas folgend, jedem therapeutischen Verfahren eine theoretische Begründung zu geben, Praxis und Theorie möglichst in Einklang zu bringen. Dafs letzteres natürlich lange nicht immer gelingt,

ist selbstverständlich. Es giebt noch eine dritte Macht auf therapeutischem Gebiete, das ist die Empirie; diese aber hat ihre Eigenheiten und macht sich oft das Vergnügen, auf alle Theorie zu pfeifen, ohne sich darum Sorge zu machen, dafs sich der arme, denkende Therapeut seinen Kopf darüber zerbricht. — Nach diesen Ausführungen ist es wohl klar, dafs dem vorliegenden Buche eine Spezificität anhaftet, die geeignet ist, es allen sehr willkommen zu machen.

Diese Originalität ist es auch, die es uns gerne verschmerzen läfst, wieder ein Buch vor uns zu haben, das lediglich die Therapie behandelt. Im ganzen schweben solche Bücher etwas in der Luft; wo die Symptomatologie vorher nicht eingehend genug erörtert wird, da fehlt der Therapie für den Leser doch meistens die ganze Basis. — Das vorliegende Buch hätte den Stempel der Originalität noch mehr verdient, wenn der Verfasser sich etwas mehr Beschränkung auferlegt und wirklich nur Unnasche Therapie, verbunden mit seinen eigenen Erfahrungen, gebracht hätte. Etwas weniger wäre mehr gewesen. Aber dieses Zuviel wird gewifs niemand abhalten, sich mit diesem Buche zu befreunden, es zu lesen und sehr oft darin nachzuschlagen. — Auf die Einzelheiten kann hier natürlich nicht näher eingegangen werden; nur kurz etwas über die Einteilung des Buches: Der allgemeine Teil behandelt zunächst die lokale Behandlung, Mittel und Applikationsweisen in sehr klarer Weise. Darauf folgt eine Erörterung der allgemeinen Behandlung, die für das Buch zu grofs, für den Arzt zu klein angelegt ist, und der internen dermatotherapeutischen Mittel.

Bei der Anordnung des Stoffes im speziellen Teil schliefst sich Verfasser im ganzen der in der Unnaschen Histopathologie gegebenen Einteilung an, acceptiert auch Unnas Grundanschauungen über die Zusammengehörigkeit der Leiden. In einem Punkte möchte ich aber doch kaum glauben, dafs der Theoretiker oder gar der Praktiker dem Verfasser folgen wird: Das ist das Zusammenwerfen des Ekzems mit der Psoriasis. Fast jeder Dermatologe erkennt gewifs gerne die Notwendigkeit der Abgrenzung des Eccema seborrhoicum an, mag er es auch als paratisarium bezeichnen; jeder wird auch die Existenz eines Eccema psoriasiforme und die zuweilen vorhandene Schwierigkeit der Abgrenzung desselben von der Psoriasis zugeben, aber damit ist auch die Grenze erreicht. Sunt certi denique fines. Weshalb nun noch weiter gehen und Eccema psoriasiforme und Psoriasis in einen Topf werfen? Dazu werden nur sehr wenige Dermatologen bei dem ausgeprägten klinischen Bilde und Verlaufe der Psoriasis geneigt sein. Hier ist wirklich die Originalität zu weit getrieben. — Doch das nebenbei, dem Wert des ganzen Buches thun solche Einwände keinen Abbruch. Das Buch, welches zahlreiche Receptformeln enthält, wird sicher freudig begrüfst werden und bald eine neue Auflage erleben. Für diese könnte vielleicht von dem eben Gesagten einzelnes berücksichtigt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Louis A. Duhring, **Cutaneous Medicine. A systematic treatise on the diseases of the skin.** Part II. (Philadelphia, 1898. J. B. Lippincott Co.)

Von dem von uns in dieser Zeitschrift Bd. XXIV, pag. 118, angekündigten grofsen Lehrbuch von Duhring liegt der zweite Teil vor, den Beginn der speziellen Dermatologie enthaltend (Klassifikation — Anämien — Hyperämien — Entzündungen bis zum Herpes Zoster). Die hochgespannten Erwartungen, die der erste Teil rege machte, finden wir durch dasselbe durchaus gerechtfertigt; es hebt sich in vielen Beziehungen vorteilhaft von dem Gros der heutigen Lehrbücher ab und wird sicher nicht blofs von den Dermatologen Amerikas und Englands, sondern von denen aller Länder und Sprachen mit Nutzen und Befriedigung studiert werden.

Um mit einer mehr äufserlichen Auszeichnung anzufangen, so ist das Buch — auf dem Titel steht nur das bescheidene Wort: illustrated — in wahrhaft ver-

schwenderischer Weise mit zum Teil sehr guten Autotypien illustriert. So dienen beispielsweise dem Erythemkapitel 8, dem Ekzemkapitel sogar 40 Figuren, jede von der Gröfse einer ganzen Textseite. Allerdings stehen diese Abbildungen nicht alle auf derselben Höhe der Ausführung. Von den 40 Figuren des Ekzemkapitels beispielsweise sind nur 11 als wirklich sehr gut zu bezeichnen, so dafs bei ihnen der Leser sofort, ohne erst die daruntersteheude Erklärung zu lesen, die Diagnose auf Grund der charakteristischen Symptome stellen kann; es sind die folgenden: Chronisches Beinekzem (pag. 323), universelles chronisches Ekzem (328), vesiculös-crustöses Ekzem des Gesichtes (348), crustöses Ekzem des Gesichtes (358), verruköses, fissuriertes Palmarekzem (360), papulöses Ekzem des Gesichtes (401), vesiculös-crustöses Ekzem (402), Bartekzem (404), Palmarekzem (416), schuppiges, fissuriertes Ekzem der Hohlhand (419) und chronisches Ekzem des Handrückens (420). Von den übrigen ist etwa die Hälfte noch als genügend anzusehen, indem unter Hinzuziehung der Tafelerklärung das Bild zur Veranschaulichung des Textes dienen kann. Aber das Bestreben, möglichst von allen Varietäten ekzematöser Häute eine Abbildung zu geben, hat offenbar dazu geführt, auch solche Bilder aufzunehmen, welche durch geringe Deutlichkeit des Photogramms diagnostisch ohne besonderen Wert sind (z. B. pag. 317, 320, 409, 412, 417) oder Aquarelle zu photographieren (z. B. pag. 318, 349, 350), eine eigentlich nie gutzuheifsende Mafsregel, da das Resultat gewöhnlich derartig ist, dafs demselben die Treue des Photogramms und die Lebendigkeit der Aquarellfarben gleichzeitig und damit jede Natürlichkeit fehlt. Die Konturen sind bei solchen sekundären Darstellungen von übertriebener Schärfe und die natürlichen Farbenkontraste des Aquarells (rot und blau) werden in unnatürliche Schattenkontraste (schwarz und weifs) umgesetzt. Will man Aquarelle photographieren, so müssen dieselben in Bezug auf ihre Farben so eingerichtet werden, dafs sie keine fremdartigen Schattenkontraste hervorrufen. Dasselbe wäre über die beiden Darstellungen des Erythema multiforme (263, 264) zu sagen, welche, nach Aquarellen angefertigt, eigentlich den Leser nur über die Topographie des Hautleidens am Handrücken belehren, während die geradezu vorzüglichen Bilder des Erythema multiforme nach Photogrammen auf pag. 265 und 266 eigentlich vollauf genügt hätten, diese Krankheit zu illustrieren. Das Bild eines Erythema nodosum (pag. 272), auch nach einem Aquarell, ist dafür ausnahmsweise gut gelungen. Übrigens will ich diese Bilder nicht verlassen ohne zu bemerken, dafs die als besondere Fälle von Erythem und Erythema multiforme bezeichneten Figuren pag. 250, 262, 267 nach unserer Auffassung sehr schöne universelle Erythantheme toxischen oder anderen Ursprungs, aber keine Fälle von echtem Erythema multiforme Hebra sind, sowohl nach der Abbildung wie der kurzen darunter angegebenen Krankengeschichte.

Mit jener allgemeinen Kritik der Tafeln möchten wir dem hochgeschätzten Autor nur den unmafsgeblichen Rat geben, in den späteren Teilen des Werkes den vollendet schönen Eindruck von wirklich guten Photogrammen nach der Natur womöglich nicht durch Einmischung von solchen nach Aquarellen zu stören.

Sehr gut gelungen sind dann wieder die Abbildungen zu den Kapiteln der Impetigo, Dermatitis herpetiformis und zum Herpes Zoster, überhaupt wo nach der Natur aufgenommene Blaseneruptionen zur Darstellung gelangen. Ganz besonders interessant, weil bisher in dieser Reichhaltigkeit nirgends gegeben, sind die 8 Tafeln mit Darstellung verschiedener Formen von Dermatitis herpetiformis.

Eine weitere Bereicherung von prinzipieller Bedeutung, welche unsere ganze Aufmerksamkeit verdient, ist das Vorhandensein von vielen histologischen Abbildungen; seit Neumanns Lehrbuch ist keines mit so vielen mikroskopischen Bildern ausgestattet worden. Einen grofsen Teil der hierhin gehörigen Schnitte verdankt Duhring der

fleifsigen Mitarbeiterschaft von GILCHRIST. So gleich die beiden ersten (268, 269), welche Schnitte durch das Erythema multiforme darstellen. Sie zeigen, soweit das bei einer Wiedergabe der Kerne mit schwarzen Punkten möglich ist, recht gut die Zelleninfiltration, die sich eng an den Gefäfsbaum anschliefst, die aufstrebende Leukocytose und einigermafsen auch das Ödem der Cutis, dagegen nicht das am fortschreitenden Rande des Erythema multiforme stets so auffallend hervortretende, besonders hohe Ödem des Papillarkörpers. Hinwieder bildet GILCHRIST in der ersten Figur eine Stelle der Stachelschicht ab, welche mit Hämatoxylin unfärbbar geworden ist. „The appearance was that of a collection of dead cells." Dieses Symptom ist wohl vergleichbar dem in meiner *Histopathologie* beschriebenen starken Ödem der Stachelschicht (pag. 120), denn wirkliche Nekrose (sc. folgende Ulceration) gehört nicht zum Bilde des multiformen Erythems. Aber diese annähernde Übereinstimmung unserer Befunde ist dem Referenten um so erfreulicher, als nach Bildern und Text anzunehmen ist, dafs seine Darstellung der Anatomie des Erythema multiforme hier noch nicht benutzt wurde. Es folgt ein Schnitt einer „gewöhnlichen Urticariaquaddel" nach einem Präparat von GILCHRIST. Die von diesem Autor gelieferte Tafelerklärung zeigt aber, was nach den starken Zellansammlungen um die Hautgefäfse auch wahrscheinlich ist, dafs dieser Schnitt einer Urticaria factitia entnommen wurde. Die an ganz normaler Haut durch Nesselberührung erzwungene einfache Urticariaquaddel zeigt keine solche Zellansammlungen, sondern ein einfaches Ödem. Zwei Abbildungen demonstrieren sodann die Mastzellennatur des zelligen Infiltrates bei Urticaria pigmentosa (GILCHRIST), soweit dieses überhaupt mit schwarzen Lithographien möglich ist. Dem Ekzem sind 4 histologische Tafeln gewidmet, eine nach einem Präparat von ROBINSON, drei nach solchen von GILCHRIST. Wenig geeignet, die charakteristischen Züge des Ekzems vorzuführen, ist dasjenige von ROBINSON. Es soll ein vesiculöses, „neuritisches" Ekzem der Palmarfläche des Fingers darstellen. Man sieht eine leukocytäre Zelleninfiltration eines beschränkten Bezirks des Papillarkörpers nebst Ödem des letzteren, welchem ein Ödem mit Loslösung und Abrundung der Stachelzellen in der oberen Stachelschicht entspricht, sodann spaltförmige, intercellulare, mit serösen Coagula erfüllte, kleine Höhlen, die durch komprimierte Epithelbalken getrennt und horizontal über einander gelagert sind. Dagegen fehlen oder treten wenigstens nicht deutlich hervor: die Akanthose der Stachelschicht, Parakeratose der Übergangsschicht und spongoide Verfassung der Stachelschicht. Die Veränderungen erinnern viel mehr an gewisse Bilder beim einfachen Herpes (beschränkte starke Leukocytose, ballonnierende Degeneration der Epithelien); keinenfalls charakterisieren sie das Ekzem. Viel geeigneter hierzu sind zwei Bilder des chronischen Ekzems von GILCHRIST. Man sieht hier wenigstens deutlich die Hypertrophie der Stachelschicht, in einem mehr die interpapillären, im anderen die suprapapillären Teile betreffend, in ersterem die Anschwellung und Verlängerung der Papillen, in letzterem die als Abheilungsphänomen vorkommende Verdickung der Horn- und Körnerschicht. Weniger charakteristisch ist das Ekzembläschen (nach GILCHRIST), welches in der Mitte der Stachelschicht entstanden sein soll. Der Referent erlaubt sich, die Autoren auf das im nächsten Jahre erscheinende zweite Heft seines *Histologischen Atlas* aufmerksam zu machen, welches die in seiner *Histopathologie* beschriebenen Ekzembilder zur Anschauung bringen wird. Ganz besonders interessant sind 2 Tafeln zur Histologie der Dermatitis herpetiformis bullosa DUHRING. Sie bestätigen einerseits die Angaben des Referenten über die in schweren Formen vorkommende Blasenbildung durch Abhebung der gesamten Oberhaut, die Beschränkung der Exsudation auf den Papillarkörper und Gefäfsbaum und andererseits die Angaben von LEREDDE und PERRIN (1895) über die Beteiligung

eosinophiler Zellen bei der Exsudation. Übrigens scheinen auch hier die Resultate der *Histopathologie* des Referenten (1894) noch nicht benutzt zu sein; die eigentümliche Quellung des Papillarkörpers in leichten Hydroafällen wird nicht erwähnt. Der Pemphigus vulgaris wird durch 4 Abbildungen illustriert. Drei haben das Symptom gemeinschaftlich, daſs die gesamte Oberhaut zur Blasendecke abgehoben ist (2 Fälle von GILCHRIST, 1 von ROBINSON), nur in einem Falle sitzt die Blase mitten in der Stachelschicht. Besonders interessant ist der Befund einer Blase von 45 Minuten Dauer (463), in welcher sehr gut die Lösung der Oberhaut vom Papillarkörper gesehen werden kann, die Vorbereitung zur Blasenbildung. Das abgehobene Leistensystem der Oberhaut ist noch nicht abgeflacht und zur Fläche ausgeglichen, sondern hängt über dem Papillarkörper, zwischen sich und letzterem eine schmale Spalte lassend. — Der Cheiropompholyx ist durch eine gute und ausreichende Abbildung von ROBINSON illustriert. Die letzten beiden Abbildungen betreffen den Zoster und zeigen in vorzüglicher Weise, teils nach einer Zeichnung (GILCHRIST), teils nach einer Photographie (HARTZELL) die dabei vorkommenden vielkernigen und fälschlich früher für Protozoen gehaltenen, ballonnierten Epithelien.

Im groſsen und ganzen bilden die histologischen Bilder dieses Lehrbuches einen entschiedenen Fortschritt, wenn auch im einzelnen manches hätte dargestellt werden können, das charakteristischer und bedeutsamer für die Affektion gewesen wäre. Der gröſste, aber nicht abzustellende Mangel liegt natürlich hier wie anderswo in der einfarbigen Wiedergabe und der schwachen Vergröſserung. An den DUHRINGschen Abbildungen erkennt jeder mit der Histopathologie der Haut vertraute, daſs in den Übersichtsbildern nur die ganz groben Verhältnisse, wie der Sitz und die Architektur einer Blase, mit diesen Hülfsmitteln sich wiedergeben lassen, bei starker Vergröſserung auch wohl einzelne Strukturteile, wie die amitotisch geteilten Kerne einzelner Zosterepithelien. Dagegen fallen natürlich alle so wichtigen feineren Veränderungen des Protoplasmas und der Intercellularsubstanzen, die einer chromatischen Wiedergabe und stärkeren Vergröſserung bedürfen, fort und damit die Möglichkeit, die Natur der zelligen Infiltrate und die degenerativen Veränderungen bei den einzelnen Krankheiten zu unterscheiden. Es ist dankenswert anzuerkennen, daſs GILCHRIST wenigstens für die Unterscheidung zwischen polynucleären Leukocyten und Bindegewebszellen in den Übersichtsbildern eine Art von Chiffre eingeführt hat, indem er erstere (mit Rücksicht auf den Kern) als kleine hufeisenförmig gekrümmte, letztere als gerade Stäbchen abbildet. Chromolithographische histologische Tafeln können für die meisten und wichtigsten Verhältnisse nicht entbehrt werden, wo es auf ein feineres Verständnis der mikroskopischen Struktur abgesehen ist.

Was nun das Wichtigste, den Text des Buches, betrifft, so hält sich DUHRING mit unwesentlichen Änderungen an seine alte, dem HEBRAschen System in der Hauptsache folgende Einteilung. Unter Entzündungen, im dritten Kapitel, finden wir demgemäſs das Erythema multiforme, die Urticaria, das Ekzem, den Pemphigus, Zoster, Lichen, die Akne, Sykosis, Psoriasis und ähnliche Erkrankungen, Erysipel, die akuten Exantheme, die Arzneiexantheme, Gangrän, Furunkel, Rotz, Milzbrand, Trichophyton, Favus, Pediculosis, Scabies, Onychie und viele ähnliche Affektionen nebeneinander, ohne den Versuch einer wissenschaftlichen Unterteilung. Wir müssen gestehen, daſs wir hier einen stärkeren Reflex der Bemühungen von AUSPITZ, des Referenten u. a. erwartet haben. Wenn DUHRING derart verschiedene Dinge in einem Kapitel auch heute noch zusammen läſst, muſs eine wissenschaftliche Ordnung derselben wirklich sehr schwierig durchzuführen sein. DUHRING betont das Bedürfnis des praktischen Arztes, um diesen Standpunkt zu rechtfertigen. Man täusche sich hierin doch nicht. Der Praktiker lernt, wie jeder Mensch, dort am meisten, wo er

Klarheit sieht, ob diese Klarheit moderne Errungenschaft oder altes Erbgut ist. Der Hauptgrund ist vielmehr doch nur der: der alte Rock sitzt für den Augenblick bequemer als jeder neue.

Moderner als das System ist die Ausführung im einzelnen. Hier wird DUHRING — und das ist ein hervorragender Vorzug des Autors — auch den selteneren Erscheinungen aller fremden Litteraturen gerecht. So wird beispielsweise unter: Erythema multiforme nicht nur das Erythem der Diphtherie, Cholera, der Urämie und Nephritis, sondern auch das Erythema scarlatinoides (HARDY, BESNIER), Erythema scarlatinoides recidivum (FÉRÉOL), Erythema perstans (PAYNE), Erythema induratum scrophulosorum (BAZIN), Erythema elevatum diutinum (CROCKER), Erythema gangraenosum (JAMIESON), Erythema Pernio, Erythema exsudativum multiforme, Erythema nodosum und Pellagra abgehandelt. Dieses ist bezeichnend für die gründliche Art, mit welcher DUHRING vorgeht. Man wird kaum irgend eine Erscheinung von klinischem Interesse vergebens in dem Lehrbuche suchen. Man findet eine summarische Angabe des Wichtigsten und das betreffende Citat. Im Gegensatz zu unseren neueren deutschen Lehrbüchern, auf die schon längt das in früheren Zeiten erworbene Prädikat deutscher Gründlichkeit nicht mehr anwendbar ist, ist dieses Lehrbuch eine wirkliche Quelle der Belehrung für den Wissensdurstigen. Schon allein aus diesem Grunde sollte es neben den Annotations von BESNIER zu KAPOSIS Lehrbuch (für die französische Litteratur) in keiner dermatologischen Bibliothek fehlen. Dafs die vom Referenten sog. Erythantheme von DUHRING mit zum eigentlichen Erythema exsudativum multiforme gerechnet werden, ist schon gelegentlich der Abbildungen erwähnt. Das Ekzemkapitel nimmt, wie es sich gehört, in diesem Bande den gröfsten Raum ein. Es zerfällt praktischerweise in sehr viele Paragraphen, die teils den klinischen Formen, teils den regionären Verschiedenheiten Rücksicht tragen. Dem seborrhoischen Ekzem ist auch ein solcher gewidmet; doch scheint dem Referenten der Begriff hier etwas zu sehr eingeschränkt zu sein und nicht die grofse Bedeutung des seborrhoischen Prozesses für die Majorität aller Ekzeme in das rechte Licht zu stellen. Auch hier finden wir in dem alten Rahmen des Ekzems alle neueren Arbeiten von hervorragendem Interesse sorgfältig berücksichtigt. Sehr ausführlich und lesenswert ist die Therapie des Ekzems behandelt. Bei der Anatomie konnte bereits des Referenten *Histopathologie* verwertet werden. Sehr erfreulich ist die vollständige Abtrennung der Impetigo vom Ekzem. DUHRING unterscheidet eine Impetigo simplex von einer Impetigo contagiosa, ob mit Recht, ist eine sehr interessante Aufgabe künftiger Forschung. Nach DUHRING ist die initiale Läsion bei der Impetigo contagiosa gewöhnlich eine Vesicopustel, bei der Impetigo simplex stets eine Pustel; erstere sitzt oberflächlich, letztere tiefer und hat härtere Ränder; erstere ist abgeflacht und oft gedellt, letztere erhaben. Den Abbildungen nach scheinen beide der Impetigo vulgaris des Referenten zu entsprechen. Der folgende Satz ist nicht ganz richtig und scheint anzudeuten, dafs für das Impetigokapitel noch nicht die *Histopathologie* des Referenten benutzt wurde und die Arbeit des letzteren über die Impetigo staphylogenes BOCKHART unrichtigerweise hierher bezogen wurde: „Many authors (as UNNA and DUBREUILH) consider all the so-called varieties under one caption, ignoring the speciall clinical features." In des Referenten *Histopathologie* (1894) finden sich vielmehr bereits 8 verschiedene Arten von Impetigo klinisch und histologisch differenziert. Die annuläre und serpiginöse Form der Impetigo von DUHRING zeigt unverkennbare Analogien mit des Referenten Impetigo circinata. — Das Ekthyma schildert DUHRING im Anschlufs an die französischen Autoren als eine besondere Erkrankung. Die Impetigo herpetiformis wird ebenfalls als Krankheit sui generis vor der Dermatitis herpetiformis abgehandelt; die Abbildungen entnimmt

Duhring dem Hebraschen Atlas. Doch betont er das Vorkommen von Übergangsbildern dieser Krankheit zum Pemphigus und zur Impetigo herpetiformis und hält das Krankheitsbild nicht für so abgeschlossen, wie es die Wiener Schule annimmt. Unter Pemphigus finden wir nach einander den akuten Pemphigus, den epidemischen Pemphigus der Neugeborenen, den chronischen Pemphigus, den Pemphigus vegetans und Pemphigus conjunctivae beschrieben. Unter dem Namen Pompholyx führt Duhring den Cheiropompholyx auf, den er als eine vom Ekzem zu trennende Krankheit ansieht, die sich nicht an den Schweifsporen lokalisiert. Mit dem Herpes und Zoster schliefst dieser erste Band würdig ab; es sind hervorragend gut gearbeitete Kapitel.

Niemand wird diesen Band aus der Hand legen, ohne den Eindruck gewonnen zu haben, dafs wir einem ausgezeichneten, aus persönlicher grofser klinischer Erfahrung hervorgegangenen, von seltener Belesenheit und kritischem Scharfsinn zeugenden Lehrbuche gegenüberstehen. *Unna.*

Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von Martin Chotzen. Heft III und IV. (Leopold Voss, Hamburg 1897.) Der mit lobenswerter Pünktlichkeit erscheinende Atlas bringt in Heft III: Tafel 13. Lues: Exanthema maculopapulosum brachii. Tafel 14. Lues: Exanthema maculopapulosum deflorescens dorsi. Tafel 15. Lues: Exanthema papulosum deflorescens, papulosum recens nuchae. Tafel 16. Lues: Exanthema magnopapulosum dorsi. Tafel 17, Bild 1. Lues: Exanthema papulosum lenticulare faciei. Tafel 17, Bild 2. Lues: Exanthema papulosum lenticulare. Papula madidans ad orificium nasi. Rhagadae papulae ad angulum oris. Tafel 18, Bild 1. Lupus vulgaris maculosus et Tuberculosis faciei. Tafel 18, Bild 2. Lupus vulgaris tuberculosus disseminatus antibrachii.

Heft IV enthält: Tafel 19. Lues: Papulae madidantes. Papula exulcerata ad anum. Tafel 20. Lues: Papulae madidantes in axilla dextra. Tafel 21. Lues: Exanthema papulosum miliare aggregatum dorsi. Tafel 22. Lues: Exanthema papulosum miliare (licheniforme) dorsi. Tafel 23, Bild 1. Lues: Exanthema papulosum miliare (licheniforme penis). Tafel 23, Bild 2. Molluscum contagiosum. Tafel 24. Lichen ruber planus.

Auch diese Bilder sind sauber ausgeführt und gut ausgewählt, wenn es mir auch scheinen will, als ob der Farbenton luetischer Efflorescenzen nicht überall getroffen und auch etwas in Bezug auf die Begrenzung derselben schematisiert ist. Gut gelungen sind besonders die zarteren Farbennuancen. — Der Lichen ruber planus kommt wohl am wenigsten der Natur nahe. — Im ganzen sind auch diese Bilder eines besseren Atlas würdig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neue Forschungen auf dem Gebiete der weiblichen Kriminalität, Prostitution und Psychopathie, von G. B. Moraglia. (Übersetzung von Walter Wenge. Berlin 1897.) Der auf Lombrososchem Standpunkte stehende Verfasser bringt eine Reihe von auf kasuistischen Studien beruhenden Mitteilungen über Prostituierte und zu geschlechtlichen Perversitäten neigende Weiber. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Von dem trefflichen Werke: **Repetitorium der Chemie** von Dr. Carl Arnold ist wiederum eine neue (8.) Auflage im Verlage von Leopold Voss erschienen, die vom Verfasser neu durchgesehen und ergänzt worden ist. Dem allseits anerkannten Werke jetzt noch Worte der Empfehlung auf den Weg zu geben, hiefse Eulen nach Athen tragen. Dies Werk spricht für sich durch sich selbst.

P. Taenser-Bremen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Die Behandlung der malignen Tumoren mittelst der Streptococcuskulturen und der Mischkulturen von Streptococcus und Bacillus prodigiosus, von J. v. Sematzki. (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* 1897. No. 7.) Verfasser schliefst: 1. Die Injektionen sind eher schädlich als nützlich, da sie eine Wucherung der Neubildung lokal und eine Metastasierung derselben zu beschleunigen scheinen. 2. Indem sie mehr oder weniger eine starke allgemeine Reaktion seitens des Organismus gegen die artifiziell erzeugte Sepsis hervorrufen, wirken die Injektionen auf den allgemeinen Zustand stark entkräftend. 3. Besonders prekär scheint uns die Wirkung einer Mischkultur des Streptococcus erysipelatis mit Bacillus prodigiosus zu sein, da deren Injektion eine sehr stürmische Reaktion erzeugt. 4. Ein Zusatz des Bacillus prodigiosus zur verhältnismäfsig schwach virulenten Streptococcusreinkultur steigert ihre virulente Kraft in ungeheuer starker Weise.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung der malignen Tumoren durch Injektionen von Toxinen der Erysipelstreptokokken und des Bacillus prodigiosus (nach Kleeblatt und Coley), sowie durch Injektionen der sog. antikankrösen Präparate nach den Methoden von Richet und Héricourt und von Emmerich und Scholl, von Roncali. (*Il Policlinico.* 1897. No. 1.) — Auf Grund seiner und anderer Autoren Untersuchungen erklärt Verfasser alle diese Methoden der Carcinombehandlung für wirkungslos.

C. Müller-Genf.

Bemerkungen über Methylviolett und dessen Anwendung bei malignen Erkrankungen, von J. Griffith-Davis. (*New York. med. Journ.* 10. Okt. 1896.) Seit 5 Jahren hat Verfasser Versuche mit Pyoktanin angestellt und wunderbare Erfolge erzielt. Namentlich bei allen mit Eiterbildung einhergehenden Entzündungen (Conjunctivitis, scrophulöse Abscesse u. s. w.) wirkt das Mittel nach seinen Erfahrungen überraschend gut. Aber auch bei bösartigen Neubildungen der Haut und der Schleimhäute (Uterus) bewährt es sich ausgezeichnet. Allerdings komme viel darauf an, dafs man das richtige Präparat habe. Anwendung als 5—15% Lösung in Alkohol mit nachheriger Bepinselung mit Kollodium, ferner als Abwaschung und in Form von Gelatinesuppositorien.

Philippi-Remscheid.

Keratinisierendes Epitheliom der Kopfhaut, von S. G. Shattock. (*The Brit. med. Journ.* 21. November 1896.) Das Gewächs hatte die Gröfse einer Haselnufs, war deutlich umschrieben und scharf hervortretend. Nur eine ganz dünne Haut bildete die Decke des Tumors. Die hornigen Centren der Epithelialzapfen waren einer ausgedehnten Verkalkung verfallen. Die Keratinisation bewies hinreichend, dafs es sich nicht um ein Adenom handelte. Gleichzeitig konnte jedoch eine scharfe Linie zwischen Sarkom und Fibrom und ebenso zwischen benignem und malignem keratinisierenden Epitheliom nicht gezogen werden. Dafs vorliegender Tumor nicht bösartig war, konnte man aus dem klinischen Bilde, der scharf umschriebenen Lokalisation dem langsamen Wachstum und dem Fehlen von Zellinfiltration schliefsen.

C. Berliner-Aachen.

Radikalheilung des Epithelioms, von Cerny und Trunecek. (*Semaine médicale.* 1897. No. 21.) — Die Verfasser geben zunächst einen historischen Überblick über die zahlreichen Behandlungsmethoden des Epithelioms. Aus demselben geht hervor, dafs der Arsenik zu den ältesten Präparaten gehört, die hierzu ihre Verwendung fanden. Nachdem die Verfasser verschiedene Lösungsmittel des Arseniks (Glycerin unter anderem) durchprobiert und als ungeeignet erkannt hatten, verfielen sie auf eine Mischung von Äthylalkohol und destilliertem Wasser zu gleichen Teilen, die allen Anforderungen entspricht. Die Lösung besteht aus: Acid. arsenicos. pulver. 1, Alcohol, aquae destill. ää 75, und wird täglich auf die zuvor gut gereinigte und leicht blutende epitheliomatöse Stelle aufgepinselt. Es bildet sich ein zunächst gelber, dann braun und schwarz werdender Schorf. Sobald dieser nach einigen Tagen seine gelbe Farbe verloren hat und sich dunkler zu kolorieren anfängt, wird die Koncentration von 1:150 auf 1:100 oder 1:80 verstärkt. Der Schorf wird immer dunkler und dicker, haftet auf der Unterlage sehr fest an und nimmt schliefslich die ganze Dicke und Breite des Epithelioms ein. Ist das ganze neugebildete Gewebe in dieser Weise umgewandelt, so beginnt es sich von den Rändern aus von dem gesunden Gewebe abzulösen und kann nun leicht in toto entfernt werden. Die Einpinselungen werden noch einige Male auf der Wundfläche fortgesetzt: bildet sich nur ein gelbliches, leicht abzuziehendes Häutchen, so kann man sicher sein, dafs alles Krankhafte eliminiert ist, und die Wunde wird nach den gewöhnlichen Regeln behandelt. Bildet sich aber ein fest anhaftender Schorf, so mufs die Behandlung noch fortgesetzt werden, bis jeder Rest von carcinomatösem Gewebe entfernt ist. — Die Aufpinselungen sind nur in den ersten Tagen schmerzhaft, später, mit dem Dickerwerden des Schorfes, werden sie nicht mehr empfunden. Verwendung reiner alkoholischer Lösungen ohne Wasserzusatz ist wegen allzu grofser Schmerzhaftigkeit nicht ratsam. Die Verfasser meinen, dafs sich der Arsenik mit den Eiweifskörpern des Epithelioms unter Austrocknung der Zellen zu Albuminaten anbindet, die sich von der gesunden Umgebung ablösen. — Es werden drei Krankengeschichten mitgeteilt, welche die vorzügliche Wirkung des Arseniks bei Epitheliom illustrieren. Es handelt sich um drei Kankroide der Nase, welche in verhältnismäfsig kurzer Zeit und unter Bildung schöner glatter Narben radikal abheilten. *C. Müller-Genf.*

Kolloides Carcinom der Brust, von H. Snow. (*The Brit. med. Journ.* 19. Dezember 1896.) Der Verfasser beschreibt mikroskopische Schnitte eines kleinen kolloiden Tumors der Brust einer 37jährigen Person. Dieselben zeigten eine myxomatöse Veränderung im Stroma ohne irgend eine Degeneration der Epithelialzellen.

C. Berkner-Aachen.

Ein Fall von multiplem primären Krebs, von W. R. Williams. (*The Brit. med. Journ.* 10. Oktober 1896.) Der 72jährige Patient zeigt ein rundes epitheliomatöses Geschwür von 2 Zoll im Durchmesser am äufseren Winkel der linken Orbita. Histologisch bestand dasselbe aus anamostisierenden und sich verzweigenden Zapfen in der tieferen Partie der Epidermis. Zellnester wurden nicht gesehen. Das Geschwür begann vor 6 Monaten als ein Knötchen. Ein zweites, viel kleineres krebsiges Gewächs befand sich in der rechten Schläfengegend, genau über dem Jochbogen. Es bestand seit 2 Monaten. Die mikroskopische Untersuchung ergab in der Cutis runde Gruppen von dicht gehäuften Epithelialröhrchen, welche voll mit cylindrischen Epithelialzellen waren. Augenscheinlich hatte das Gewächs seinen Ausgang von den Schweifsdrüsen genommen; die Epidermis, die Talgdrüsen und Haarfollikel waren intakt. Der dritte Krebs bestand aus einer kleinen, mit Schuppen bedeckten, warzigen Excrescens, welche die Mitte der rechten Wange einnahm und vor einem Monat

etwa zum Vorschein gekommen ist. Ebenso wie die ersterwähnte Geschwulst setzte sie sich zusammen aus interpapillären Epithelialfortsätzen. Die Talgdrüsen waren stark hypertrophiert. Auch hier fehlten die Zellnester. Die jedes Geschwür begrenzende Haut befand sich in einem Zustande von chronischer Seborrhoe, und die Haut der Nase und der Ohren war ähnlich befallen. Die benachbarten Lymphdrüsen waren nicht vergrößert. Beide Handrücken waren bedeckt mit warzigen Gewächsen und verdickter Epidermis, die der Patient, ein Asphaltierer, auf die Hantierung mit dem bei der Arbeit notwendigem Schwefel zurückführt. *C. Berliner-Aachen.*

Über Carcinombehandlung mit Streptococcus prodigiosus-Kulturen und negativem Resultat, von B. Korff. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 12.) Verfasser stellte sich nach der Methode von Coley Kulturen von Prodigiosus und Erysipelcoccus her, sterilisierte sie und injizierte davon bei einer Carcinomkranken, allmählich steigend, $^1/_8$—1 ccm. Die Reaktion war anfangs sehr heftig, ließ mit der Zeit trotz Steigerung der Dosis nach. Der Erfolg war ein negativer, abgesehen davon, daß sich das früher mißfarbige, sehr übelriechende carcinomatöse Geschwür in eine granulierende Wunde umwandelte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Paget's Krankheit der Brustwarze, von J. Clarke. (*The Brit. med. Journ.* 21. November 1896.) Der Verfasser berichtet über die Resultate der mikroskopischen Untersuchung, die gelegentlich der Beobachtung zweier Fälle der Krankheit gemacht worden ist. Der erste Fall betraf eine kräftige Frau im Alter von 44 Jahren, deren Brust 8 Monate zuvor amputiert worden war. Ein Recidiv war seitdem nicht aufgetreten. Vor 7 Jahren war zuerst eine schorfige Stelle auf der Brustwarze bemerkt worden. Das Mikroskop zeigte die typische Struktur. Brustdrüse und Lymphdrüsen erwiesen sich normal. — In dem zweiten Falle, der eine 59jährige Frau betraf und vor ca. 12 Jahren begonnen hatte, fand sich ein indurierter Lappen im Axillarsegment der Brust, in der Achselhöhle waren einige vergrößerte Drüsen. Die erkrankte Brustwarze wies die typische Struktur von Paget's Disease auf. Während das Gewächs auf der Haut sich seinem Charakter nach an das squamöse Epitheliom anlehnte, hatte die Neubildung in den Gängen, in der Brust und in den Achselhöhlendrüsen die Struktur des gewöhnlichen Mamma-Carcinoms. Der zweite Patient hatte noch ein typisches Ulcus rodens am oberen Teile des rechten Oberschenkels. Der Verfasser kann sich nicht des Gedankens erwehren, daß irgend eine parasitäre Ursache bei der Krankheit im Spiele sei. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Pseudoleukämie mit spezifischer Erkrankung der Haut, von Th. Pfeiffer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 23.) Ein 56 Jahre alter Patient zeigt multiple, schmerzlose Lymphdrüsenschwellungen, Milz- und Lebervergrößerung, wie man sie bei Pseudoleukämie findet. Im Blute findet man eine Zunahme der kleinen mononucleären Elemente, die 60% aller Leukocyten ausmachen, einen Hämoglobingehalt von ca. 60%, Leukocyten 6400 in 1 cmm. Von größtem Interesse sind aber folgende Erscheinungen: Die verdickte, plumpe, dunkelrote Nase und deren Umgebung schuppen kleienförmig; die Haut ist kaum faltbar. Über dem inneren Drittel beider Supraorbitalbögen und dem Kinn derbe, diffuse Hautverdickungen mit schilfernder Epidermis; ebenso ist die Haut über dem Manubrium sterni diffus verdickt, unelastisch, schuppend. — Die Mammillae und Warzenhöfe sind abnorm groß, prominieren stark; man fühlt in ihnen je einen flachen, rundlichen, ziemlich derben schmerzlosen, scharf abgrenzbaren Tumor von 3 cm Durchmesser, der sich mit der Cutis verschieben läßt. Die Haut über ihm ist normal. Letztere Anomalie hat sich seit einem Jahre entwickelt. — Der Prozeß in der Haut machte im folgenden Jahre

weitere Fortschritte. Die Verdickung ergriff das ganze Gesicht, das an eine Facies leonina erinnert. Die Haare an den Augenbrauen und an der Oberlippe fehlen fast ganz.. Die Augenlider erscheinen stark geschwollen. Das Kinn ist besonders voluminös. Die Verdickung erstreckt sich auch auf den oberen Halsteil. Überall ist die Haut gerötet, von Gefäfsen durchzogen, teils sehr derb, teils mäfsig hart. In gleicher Weise haben sich die Erscheinungen am Manubrium sterni fortentwickelt, von wo sie sich auf die Umgebung erstrecken. — Es traten dann des weiteren hinzu fingerdicke, derb elastische Infiltrate am harten Gaumen. — Verfasser begründet näher die Diagnose auf Pseudoleukämie und geht dann auf die Hautveränderung bei dieser und der Leukämie ein. Diese aus rein klinischen Gründen den genannten Leiden direkt zuzuschreiben, ist, streng genommen, nicht zulässig, weil das klinische Bild derselben bei den verschiedenen publizierten Fällen ein sehr verschiedenes ist. Verfasser erläutert diese Behauptung an der Hand der Arbeiten von Biesiadecki, Hochsinger-Schiff, Kaposi, Riehl, Wolff-Recklinghausen, Falkenthal, E. Wagner, J. Froehlich, Joseph. Es mufs deshalb die mikroskopische Untersuchung hinzugenommen werden. Nach Excision eines Stückes aus dem Tumor der linken Mammilla konnte man folgenden Befund erheben:

Es handelt sich um Zellinfiltrate, bestehend aus lymphocytären und nur zu kleinem Teil aus polynucleären Elementen ohne nachweisbare Beteiligung des Bindegewebes und seiner Zellen. Die Infiltrate sind nach Form, Ausbreitung und Verteilung den follikulären Strängen vergleichbar, entsprechen denjenigen, die man in Leber und Niere gefunden. Sie durchsetzen die Cutis, erstrecken sich teilweise in das Rete Malpighii, beginnen in den oberen Teilen des Coriums. Das Epithel ist fast unbeteiligt, während Neuberger dasselbe so stark infiltriert fand, dafs die Retezapfen verstrichen waren. Verfasser geht dann zum Schlufs noch näher auf die mikroskopischen Befunde anderer Autoren ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Lymphadenie der Haut, von Prof. Immermann. (Ärztliche Gesellschaft von Basel. *Presse méd.* 1897. No. 14.) Die 47jährige Patientin litt vor einem halben Jahre an Symptomen von Anämie und Schwäche. Bald darauf erschienen am Rumpfe, den Extremitäten und der Kopfhaut eine Menge subdermaler Tumoren von Bohnen- bis Mandelgröfse und zum Teil fester, zum Teil weicher Konsistenz. Die Haut über denselben war bräunlichrot oder violett. Aufserdem bestand eine beträchtliche Schwellung der Lymphdrüsen in der Achselhöhle, den Leisten und am Halse. Keine Schwellung der Milz, keine Erscheinungen von Knochenmarkstörungen. Die histologische Untersuchung einiger der kleinen Tumoren ergab das Vorhandensein eines aus kleinen Rundzellen mit lockerem Netzwerke bestehenden adenoïden Gewebes. Beträchtliche Olygocytämie ohne Leukocytose. Auf innerliche Darreichung von Liquor Fowleri verschwanden die Tumoren, um aber wieder zu erscheinen, da die Arsenikmedikation wegen Intoleranzerscheinungen ausgesetzt werden mufste. Zunehmender Marasmus. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von partieller Akromegalie, von Marzocchi und Antonini. (*Rif. med.* 1897. No. 16 und 17.) Derselbe betrifft ein 14jähriges, im übrigen wohl entwickeltes Mädchen mit Riesenwuchs der Hände und Füfse. An der rechten Hand waren nur der Mittel- und Ringfinger übermäfsig stark entwickelt, die übrigen Teile normal, die linke Hand (mit Ausnahme des Daumens) und beide Füsse waren in toto hypertrophiert. Bei der Geburt hatte das Kind einen übermäfsigen Haarwuchs im Gesicht, an Schultern und der oberen Brustpartie gezeigt, der sich aber im Verlaufe des ersten Lebensjahres vollständig verlor. Während die Formen von allgemeiner Akromegalie gewöhnlich auf Alterationen der Hypophysis cerebri (Glandula pituitaria)

zurückgeführt werden, glaubt Verfasser, dafs in diesem Falle eher eine nervöse Störung durch Intoxikation der trophischen Centren (per viam placentae) angenommen werden könnte. *C. Müller-Genf.*

Bayet beschreibt einen **Fall von multiplen symmetrischen Lipomen** bei einer Frau, die aufserdem an Psoriasis litt. Die zahlreichen Tumoren liegen an den Vorderarmen, auf dem Rücken, an den Lenden und Oberschenkeln, sind beweglich, mit der Haut nicht verwachsen, aber an ihrer Basis mit dem Unterhautzellgewebe verschmolzen, spontan und auf Druck nicht schmerzhaft. Während gewisse Autoren diese Affektion mit dem Arthritismus in Zusammenhang bringen, läfst sich bei der Patientin nichts von Rheumatismus nachweisen; dagegen bestand, wie bemerkt, eine Psoriasis, eine bei Arthritikern häufige Dermatose. Vielleicht sind andererseits die sog. Recidive nach Exstirpation von Lipomen auf dieses multiple Auftreten der Tumoren zurückzuführen, indem nach der Entfernung eines oder mehrerer solcher weitere aus den bereits vorhandenen Keimen nachwachsen. (*Presse méd.* 1897. No. 41.) *C. Müller-Genf.*

Zwei Fälle angeborener Geschwülste des Gesichtes, von Carl Ewald. (*Wien. klin. Rundsch.* 1897. No. 15.) In der Albertschen Klinik wurden zwei angeborene Tumoren entfernt, einer bei einer Frau mit dem Sitze an der Glabella, einer bei einem Manne mit dem Sitze an der Nasenscheidewand; letzterer safs gestielt auf. Beide zeigten den übereinstimmenden Bau von Endotheliomen, bestehend aus Bindegewebe, Knorpel, echtem Knochen und Hohlräumen, die mit Endothelien austapeziert waren. Diese waren stellweise in die Hohlräume knopfförmig oder in das Bindegewebsgerüst zapfenförmig hineingewuchert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Coosemans berichtet über einen Fall von **Cornu cutaneum des Ohres.** Dasselbe safs bei dem 71jährigen Manne am oberen Teile der äufseren Fläche des Anthelix dextr., mafs 15 mm Höhe und 45 mm Umfang; Konsistenz holzhart. Die histologische Untersuchung ergab, dafs der Tumor aus einem Agglomerat von senkrecht zur Hautoberfläche gestellten Epidermiszellen bestand. Die Seltenheit dieser Lokalisation des Hauthorns ergiebt sich aus dem Umstande, dafs Verfasser nur vier ähnliche Fälle in der Litteratur ausfindig zu machen vermochte. (*Bolletino delle malattie dell' orecchio etc.* 1896. No. 9.) *C. Müller-Genf.*

Die Hauthörner beim Menschen. Laloy berichtet über eine Frau, bei der sich durch den beständigen Reiz infolge Ulceration einer Atheromcyste auf dem Scheitel ein 16 cm langes, an der Basis 6 cm im Umfange messendes Hauthorn entwickelte. Ein rein pathologischer Vorgang kann somit eine Form vortäuschen, welche im Tierreiche vorkommt (das Hauthorn der Patientin sah ganz aus wie das Horn eines Widders) und welche man allenfalls als eine atavistische Erscheinung betrachten kann. (*Journ. intern. d'anat. et de phys.* 1896, Heft 9; *Centralbl. f. Anthrop., Ethnol. u. Urgesch.* 1897, Heft 2.) *C. Müller-Genf.*

Zwei Fälle von **Cornu cutaneum** und ein sehr interessanter Fall von **Cornu unguale** wurden von Ohmann-Dumesnil beobachtet. (*Tri-State med. Journ.*, St. Louis, November 1896.) Die letztere Affektion soll bei einem 30jährigen Manne von Jugend auf bestanden haben. Senkrecht auf jedem Fingernagel sitzt ein ungefähr 10 cm langes, gegen den Handrücken leicht gekrümmtes, hornartiges Gebilde. Die Handflächen zeigen beiderseits, besonders aber rechts, grofse, hornige Massen. Auf der Palmarseite aller Finger zahlreiche, kleine, hornige Verdickungen. Den nämlichen Befund zeigen die Plantae pedum. Alle diese Veränderungen waren nach Aussage der Angehörigen, welche keinerlei Hautaffektionen aufwiesen, kongenitale.

H. Einhorn-München.

Sind die Verrucae vulgares übertragbar? von JADASSOHN. (V. Deutscher Dermatologen-Kongreſs.) Die Übertragung der Verrucae vulgares ist strittig. KÜHNE, MANNS Bacillen konnte Verfasser bei der Nachuntersuchung nicht finden. 2 Fälle, in denen es durch Kratzen zu einer Ausbreitung von Warzen durch Autoinokulation augenscheinlich gekommen war, lenkten des Verfassers Aufmerksamkeit auf die Frage der Warzenübertragbarkeit. Derselbe war aber doch erstaunt, als bei ihm an Stellen seiner Finger, welche er beim Ausschaben von Warzen mit dem scharfen Löffel verletzt hatte, nach 3 Monaten Warzen aufwuchsen. Daraufhin hat er dann Inokulationsversuche vorgenommen. Er erhielt bei 74 Inokulationen in 15 Versuchsgruppen 31 positive Resultate bei 6 Personen. Der Procentsatz gelungener Impfungen ist bei den einzelnen Versuchen verschieden. Die Warzenstückchen wurden bei denselben in möglichst oberflächliche Epidermistaschen gebracht, Gaze und Zinkoxydpflastermull darübergelegt. Die Inokulation dauerte 6 Wochen bis 5 Monate. — Manche Personen scheinen besonders disponiert, die Hände besonders geeignet. Die Virulenz des Materials ist auch eine verschiedene. Die Verhältnisse liegen hier ähnlich wie bei den Mollusca contagiosa. — Verfasser geht dann noch auf die Frage der Differenzierung der Verrucae planae und Verrucae papillomatosae, die besonders HERXHEIMER scharf voneinander getrennt wissen will, ein. Er führt die dagegen und dafür sprechenden Momente eingehend aus. Seine Inokulationsversuche haben für diese Frage wenig ergeben. Nur einmal wurde von flachen Warzen abgeimpft, es entstanden wiederum flache, die auch durch Monate solche blieben. Von den papillomatösen Warzen oder den „mosaikartigen" erhielt man aber auch flache Warzen, die sich als solche involvierten oder auch später papillomatös resp. mosaikartig wurden. Es werden weitere Versuche in dieser Richtung noch gemacht werden müssen. — Die positiven Ergebnisse der Impfung weisen darauf hin, daſs die Warzen durch belebte Krankheitserreger hervorgerufen werden. Daſs die Übertragung durch Einimpfung von Warzenzellen mit selbständiger Wucherungsfähigkeit vermittelt ist, will nach der langen Inkubation nicht recht einleuchten. Sollen die Zellen solange unthätig geruht haben?

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Akanthosis nigricans, von VALTER COLLAN. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar*. Bd. 39. Heft 3. 1897.) Verfasser beschreibt einen typischen Fall dieser Affektion bei einer 41jährigen Frau. Die Affektion hatte mit heftigem Jucken an den Beinen begonnen, worauf die typischen Efflorescenzen zunächst an den Oberschenkeln auftraten und sich von da beinahe über den ganzen Körper ausbreiteten (Augenliderränder, Zunge, Mundschleimhaut). Aufserdem bestanden Verdauungsbeschwerden (Magenschmerzen, Erbrechen). Im Abdomen, zwischen Nabel und Processus xyphoides, war ein faustgroſser, unebener, ziemlich beweglicher Tumor fühlbar und unmittelbar unter dem Schwertfortsatz eine auf Druck sehr schmerzhafte Resistenz ohne deutliche Grenzen. Der mikroskopische Befund stimmt mit anderweitigen Mitteilungen überein, nur konnte C. nirgends die POLITZERschen Epithelnester konstatieren.

C. Müller-Genf.

Über Neurofibromatosis und Tumoren in Beziehung zu Nerven, von ALEXIS THOMSON. (*Brit. med. Journ.* 10. Oktober 1896.) Verfasser hat 8 Fälle beobachtet: 2 Fälle von solitärem Neurofibrom oder Myxom, 1 von solitärem Neurosarkom mit visceraler Metastase und tödlichem Ausgange, 4 Fälle von allgemeiner Neurofibromatosis mit multipler Neurofibromata. In dem ersten dieser letzteren Fälle ist einer der gröſseren Tumoren nach versuchter operativer Entfernung sarkomatöse Transformation eingegangen und hat zu allgemeiner disseminierter Sarkomatosis mit letalem Exitus geführt. In dem zweiten Falle begannen ebenfalls nach einem opera-

rativen Eingriffe alle größeren Tumoren in lebhafter und bösartiger Weise zu wachsen und führten schliefslich den Tod herbei. Der 8. Fall war eine Elephantiasis neuromatodes, die die untere Extremität befallen und die Amputation der letzteren notwendig gemacht hatte. *C. Berliner-Aachen.*

Über vier Fälle allgemeiner Neurofibromatose, von FEINDEL. (Dissert. Paris. 1897.) Bei dieser stets kongenitalen, öfters hereditären, zuweilen bei mehreren Familiengliedern vorkommenden Krankheit sind die verschiedenen Abschnitte des Nervensystems sowie die Epidermis befallen. Die Tumoren, die Pigmentationen in Form von schief anlaufenden Flecken sprechen für eine Beteiligung der peripheren Nerven; die horizontalen Pigmentstreifen in der Gestalt einer Zostereruption weisen auf einen spinalen Ursprung hin; die funktionellen Störungen (mangelhafte Intelligenz, Abnahme des Gedächtnisses, epileptiforme Anfälle etc.) beweisen eine Erkrankung der Rindensubstanz des Hirns. An der Entstehung der allgemeinen Neurofibromatose beteiligen sich somit zwei Systeme, die Epidermis und das Nervensystem, welche beim Erwachsenen getrennt sind, beim Embryo in einem verschwommenen Zustande vorkommen. Die Neurofibromatose ist somit eine Affektion des Ektoderms, weshalb F. für dieselbe die Bezeichnung Ektodermofibromatose für die passendste hält.
C. Müller-Genf.

Einen neuen Fall von Neurofibromatose erwähnt DELORE. (*Lyon médical* No. 15. 1897.) Es handelt sich um einen 11jährigen Knaben mit multiplen plexiformen Neuromen. Dieselben waren zuerst, im Alter von 5 Jahren, in der Nasolabialfalte und hinter der Achillessehne aufgetreten. Vor 2 Jahren zeigte sich ein weicher, auf Druck und bei Reibung sehr empfindlicher Tumor im 6. Intercostalraum. Die histologische Untersuchung ergab, dafs die Geschwulst wirklich vom Intercostalnerven ausgegangen war und aus Knochen und verfilzten Strängen bestand; die Achsencylinder waren normal und nur die Bindegewebsscheide war sehr stark hypertrophiert. Bei der Geburt war der Patient bereits mit pigmentierten und einem pilösen Naevus des linken Oberschenkels behaftet; hereditäre Momente liefsen sich nicht nachweisen. D. betont die Schwierigkeit der Diagnose bei tiefem Sitze der Tumoren und die Möglichkeit einer Umwandlung in maligne Neubildungen. *C. Müller-Genf.*

Hautpigmentation. In der medizinischen Gesellschaft der Pariser Hospitäler demonstrierte MOUTARD-MARTIN eine syphilitische Morphinistin mit eigentümlichen blauen Pigmentflecken. Ähnliche Pigmentierungen, welche an blaue Tätowierungen erinnern, hat auch LETULLE beobachtet. Nach CHAUFFARD bietet in diesem Falle nur die blasse Farbe eine Eigentümlichkeit, da schwarze Pigmentierungen unter solchen Umständen nicht selten sind. Vielleicht kommt hier ausschliefslich die Menge des angehäuften Pigments in Frage. (*Presse méd.* No. 44. 1897.) *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von hochgradiger allgemeiner Melanose bei melanotischem Sarkom, von MEHREB. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 44.) Die 45jährige Patientin hatte in der linken Schenkelbeuge eine faustgrofse Neubildung, ein melanotisches Sarkom, welches später geschwürig zerfallen ist. Das Merkwürdige bei diesem Falle war, dafs in den letzten Wochen ihres Lebens das Gesicht sich stets mehr und mehr dunkel färbte, und zwar so, dafs Patientin den Eindruck einer Negerin machte. Diese dunkle Pigmentierung erstreckte sich auch auf die Bulbi und die Schleimhaut des Mundes, auf dem übrigen Körper war die Pigmentierung kaum merklich. Nebstdem war auch in den letzten Wochen hochgradige Melanurie eingetreten. Metastasen waren eigentlich keine zu konstatieren, wenn nicht das hanfkorngrofse schwarze

Knötchen auf der inneren Seite der Unterlippe und die Infiltration der rechten Pleurahöhle als solche aufgefaßt werden sollen, von welch letzteren Verfasser auch die Verschleppung des Pigmentes ableitet. Eine Nekroskopie wurde nicht gemacht.

A. Aschner-Budapest.

E. Duncan und Galt behandelten einen vorgeschrittenen **Morbus Addisonii** mit Tabletten aus Nebennierensubstanz. Obduktionsbefund: rechte Niere vergrößert, hyperämisch, sonst normal. — Linke Niere zeigt mehrere Cysten, welche eingedickten Eiter enthalten. Rechte Nebenniere vergrößert, enthält käsiges Material ohne Tuberkelbacillen; ebenso die linke. (*Glasgow. med. Journ.* März 1897.)

H. Einhorn-München.

Über einen Fall von Morbus Addisonii, geheilt durch das Pulver von Nebennieren, von Tonoli. (Nach *Annales des mal. des org. gén.-ur.* 1897. No. 2.) Eine Frau von 20 Jahren, welche am 10. Februar 1896 in die Klinik eingetreten, ist schon seit Februar 1895 von Addisonscher Krankheit befallen. Verschiedene Behandlungsmethoden waren fruchtlos geblieben. Man gab ihr nun das Pulver von Nebennieren in Pillen mit 20 cg täglich, stieg allmählich auf 2,60 g. Am 10. Tage der Behandlung versichert die Patientin, daß sie sich besser fühle, der Appetit wird sehr gut. Am 14. April wird mit der Kur ausgesetzt. Die verschiedenen Symptome bessern sich allmählich. Und merkwürdigerweise eine beginnende Lungenaffektion, die an Tuberkulose erinnerte, scheint zu schwinden.

Neuhaus-München.

Morbus Addisonii und Organtherapie, von Schilling. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 7.) Über das chemische Wesen der wirksamen Substanz der Nebennieren war man ganz im Dunkeln; schließlich glaubten mehrere Autoren, einen Stoff gefunden zu haben, der dem Brenzkatechin ähnlich sei. Eine Reihe von Reaktionen des Brenzkatechins blieb aber aus. Erst Mühlmann gelang es, diese Substanz im Mark der Nebenniere nachzuweisen, ihm sind alle Reaktionen tadellos gelungen. Die Farbe dieser Substanz ist bräunlich, mit stark violetter Fluorescenz. Dieselbe (das Brenzkatechin) hat ihren Sitz im Gefäßsystem des Nebennierenmarkes. Die Rindensubstanz hat die Funktion, das Material zu liefern, welches die Bildung des Brenzkatechins in der Marksubstanz ermöglicht. Das Hauptmaterial wird wohl im Blute selbst kreisen und dahin aus der vegetabilischen Nahrung, aus Protokatechinsäure der Pflanzen gelangen; die Umarbeitung in Brenzkatechin wird dann die Aufgabe der Nebennieren sein. — Mühlmann stellt sich nun die Addisonsche Krankheit als eine solche vor, in welcher Brenzkatechin nicht an Ort und Stelle seine Bildung in der Nebenniere oder sehr bald nach dem Verlassen derselben — mit Hülfe der sympathischen Ganglien — in eine andere unschädliche Verbindung umgewandelt wird und als schädliches Agens in den Kreislauf gelangt. Im Blute wird es oxydiert und in ein braunes Pigment umgewandelt, welches die Haut bronciert. Dadurch wird die Hautfärbung bei der Broncekrankheit erklärt. Die Erklärung der schweren Symptome liegt nun nahe: das giftige Brenzkatechin schädigt das Nervensystem und außerdem sehr stark das Gefäßsystem. Das abnorme Eindringen des Brenzkatechins in den Kreislauf kann nach Mühlmann entweder dadurch geschehen, daß es im Übermaß gebildet wird, oder dadurch, daß die normale Menge des in der Nebenniere gebildeten Brenzkatechins nicht in ein unschädliches Produkt umgewandelt wird, wenn das kranke Schutzorgan, das sympathische Ganglion, das Gift nicht mehr zerstören und das Brenzkatechin seine verderbliche Wirkung ungehindert im Organismus entfalten kann. — Nach der Hypothese Mühlmanns liegt die Sache mit der Addisonschen Krankheit ähnlich wie bei der Kropfkrankheit; hier wie dort Autointoxikation mit einem im Krankheitsherd gebildeten Giftstoff. Es liegt deshalb

nahe, die Addisonsche Krankheit mit Nebennierensubstanz zu behandeln. Dies geschah denn auch von seiten Schillings in dem vorliegenden Falle bei einem nicht ganz 16 Jahre alten Knaben, der etwa 2 Jahre vorher erkrankt war und schon bald darauf die Zeichen der Addisonschen Krankheit an sich trug. Schilling gab dem Patienten täglich eine halbe Nebenniere, nach 8 Tagen, als kein Nachteil eintrat, die ganze Nebenniere vom Hammel, später die noch wirksamere Nebenniere vom Lamm. Die kleingehackte Drüse wurde roh, vermischt mit etwas rohem gehacktem Rindfleisch, Vormittags zum zweiten Frühstück gereicht. Diese Medikation wurde genau 1/4 Jahr lang durchgeführt mit dem frappanten Erfolg, dafs die subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen wichen und nur eine ganz schwache Pigmentation der Mundschleimhaut als Überrest der schweren Krankheit verblieb. Das Körpergewicht hatte um 30 Pfund zugenommen, der junge Mann befand sich ausgezeichnet, bis er plötzlich nach einem weiteren 1/4 Jahre unter den Erscheinungen einer heftigen Intoxikation schwer krank wurde. Es zeigten sich: Benommenheit, Erbrechen, profuser Durchfall von dunkelblaugrauer Farbe, Fieber, Beschleunigung der Respiration. Tod einen halben Tag nach der Erkrankung. — Die Sektion ergab neben anderem eine umschriebene Pneumonie (R. h. u.), beiderseits komplette Nebennierenschrumpfung. Die Narben an Stelle der beiden Nebennieren waren durchsetzt von eingetrockneten Käseherden. Der Vernarbungsprozefs greift an der rechten Niere auf die peripheren Teile des oberen Pols derselben über. — Melanotische bis wallnufsgrofse Tumoren mit eingedicktem Eiter in der Umgebung der beiden Nebennieren. — Mikroskopisch fanden sich auch zwischen den breiten, meist kernarmen Narbenzügen typische Tuberkelkonfigurationen; dieselben waren zum Teil Lymphoidtuberkel mit Riesenzellen mit peripherer Kernlagerung, zum Teil waren sie in centrale oder allgemeine Verkäsung übergegangen. Tuberkelbacillen konnten nicht nachgewiesen werden. Dennoch dürfte nicht zu zweifeln sein, dafs die beiden Nebennieren infolge von Tuberkulose zu Grunde gegangen sind. Diese Infektion hatte wahrscheinlich im inneren Ohre ihren Ausgangspunkt, eine Otitis media purulenta hatte vor Jahren bestanden. — Im vorliegenden Falle läfst sich folgendes hervorheben: Der rasche Beginn und das jähe Ende. Möglich ist es, dafs die finalen Erscheinungen die einer akuten Vergiftung (mit Brenzkatechin?) waren. Doch kann auch die Pneumonie allein das Ende herbeigeführt haben. Dann würde der Fall als ein „geheilter" Morbus Addisonii gelten müssen. — Die Drüsenfütterung involvierte immerhin eine temporäre, relative Heilung. Eine absolute war ausgeschlossen, da das ganze Gewebe beider Nebennieren zerstört und entartet war. Aber es ist wahrscheinlich, dafs durch die Organbehandlung die Funktion der Nebennieren zeitweise ersetzt wurde. In einem künftigen Falle würde Schilling den Patienten nicht über 1/4 Jahr lang ohne das Organersatzmittel lassen, sondern nach etwa zweimonatlicher Pause die Organtherapie immer wieder für ein paar Monate einschlagen. — Die Drüsenfütterung zeigte sich unschädlich, es sind deshalb weitere Versuche damit gerechtfertigt. Es sei auch anzunehmen, dafs bei der Nebennierenfütterung deshalb keine Brenzkatechinvergiftungserscheinungen eintreten werden, weil in der verfütterten Drüse selbst reichlich Nervenelemente enthalten sind, die das Brenzkatechingift paralysieren können. *Neuhaus-München.*

Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii durch Exstirpation einer tuberkulösen Nebenniere, von Hadra und Oestreich. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 1.) In der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins berichten Hadra und Oestreich über die Exstirpation der tuberkulösen Nebenniere bei einem Fall von Morbus Addisonii. Eine 55jährige Frau ist seit 3—4 Jahren sehr abgemagert; es bestehen ungeheure Schwäche, Ohnmachtanfälle, Luftmangel, Anschwellung der Füfse,

Dyspepsie mit heftigen Schmerzen, zeitweilig Erbrechen. Ein Tumor in der Magengegend, als Magencarcinom angesehen, erwies sich als vom Magen unabhängig. Es wurde ein retroperitonealer, maligner Drüsentumor diagnostiziert. Der Tumor wurde durch Laparotomie entfernt, die Patientin erholte sich schnell und wurde ganz gesund. Oestreich erkannte in der Geschwulst die tuberkulös entartete Nebenniere und stellte vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus die Diagnose „Morbus Addisonii". Hadra acceptiert diese Diagnose, trotzdem die Broncefärbung fehlte. — Er hat dann ferner an Leichen festgestellt, daſs die Nebenniere unter Benutzung des v. Bergmannschen extraperitonealen Schrägschnittes unter Luxierung der Niere in ihrer Kapsel leicht exstirpierbar ist. In der Diskussion führt besonders G. Lewin aus, daſs die Hautverfärbung als pathognomonisches Symptom angesehen werden muſs, da man kein Krankheitsbild als Morbus Addisonii bezeichnen kann, in dem der wichtigste Teil des Triaskomplexes fehlt, wenn man auch zugeben muſs, daſs das Symptom der Verfärbung von untergeordneter Bedeutung ist. — In klinisch ausgesprochenen Fällen hat Lewin eine Erkrankung der Nebennieren nicht selten vermiſst; ja zweimal fehlten diese überhaupt. — Hadra kann, da mikroskopische Untersuchungen fehlen, in den Fällen, in welchen die Nebennieren angeblich gesund gefunden werden, den Beweis für die Intaktheit nicht als erbracht ansehen. — Mit Fleiner will er das Fehlen der Verfärbung nicht als Hindernis für die Diagnose der Addisonschen Krankheit ansehen; es ist kein pathognomonisches Symptom. Vielleicht wäre es auch bei längerer Dauer des Leidens doch noch eingetreten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Renner erwähnt bei einem Falle von **Addisonscher Krankheit zwei bisher noch nicht beschriebene Symptome:** einen äuſsert quälenden Pruritus cutaneus und eine über fast den ganzen Körper ausgebreitete warzenartige Eruption. Bei der Autopsie konstatierte man cystische Degeneration der einen Nebenniere. Über die nähere Beschaffenheit der Hauteruption wird nichts näheres mitgeteilt. (*Ver.-Bl. d. Pfälzer Ärzte.* 1897. No. 8.) *C. Müller-Genf.*

Addisonsche Krankheit mit Lungenphthise und atypischer Hautpigmentierung, Melanoderma mit symmetrischen Flecken von Leukoderma, von Hawthorne. (*The Glasgow med. Journ.* Oktober 1896.) Der erste Teil betrifft einen durch die Sektion bestätigten Fall von Morbus Addisonii mit Nebennierenkrankung und fortgeschrittener Lungenphthise. Die Hautverfärbung betraf vor allem Brust und Bauch, während Lippen, Genitalien und Backenschleimhaut freiblieben. Im zweiten Falle fanden sich keine konstitutionellen Symptome, die auf Morbus Addisonii hinwiesen; die Pigmentierung betraf vor allem die unteren Partien von Brust und Bauch, sowie Vorderarme und Beine. An Vorderarmen und über beiden Trochanteren finden sich symmetrische Vitiligoflecken. *F. Hahn-Bremen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Behandlung der Ulcera varicosa cruris. (*Presse méd.* 1897. No. 41.) Desrosses giebt zwei Verfahren an, die sehr günstige Resultate liefern sollen. Nach dem einen (Dehaine, Dissertation. Paris 1897) wird das Geschwür mit einer schwachen antiseptischen Lösung sorgfältigst gereinigt und mit hydrophiler Watte gut abgetrocknet. Dann wird das Geschwür mit Aloetinktur eingepinselt und zwar je nach der Tiefe desselben ein- oder zweimal. Man wartet ca. eine halbe Stunde bis die Tinktur vollständig eingetrocknet ist und bedeckt dann das Geschwür mit einem dessen Grenzen nicht überragendem Stück impermeablen Stoffes. Hat man es mit einer empfindlichen

Haut zu thun, die durch die Sekrete leicht gereizt wird, so kann man die Umgebung des Ulcus mit einer Mischung von Olivenöl und Zinkoxyd einpinseln. Über das ganze kommt eine hydrophile aseptische Gazebinde, Watte und nochmals eine Binde. Nach 3—4 Tagen hört die Sekretion auf; der Verband wird gewechselt, von nun an aber weniger häufig. Statt der Tinktur kann die Aloe auch in Substanz pulverförmig aufgestreut werden und zwar entweder unvermischt oder mit Talk etc. vermengt. — Nach dem zweiten Verfahren von Aubecoin (Dissertation. Paris 1897) wird das Geschwür wieder mit warmem Seifenwasser sorgfältig gereinigt, abgetrocknet, mit Sublimatlösung (1‰) behandelt und wieder abgetrocknet. Auf das Geschwür wird nun Jodoform, Xeroform, Aristol oder Dermatol gestreut und eine dünne Wattelage gelegt. Der meist entzündliche periphere Teil des Ulcus wird mit Lassarscher Paste bestrichen und nun das ganze Bein, inclusive Ulcus, mit Unnaschem Zinkleim eingepinselt und mit einer gestärkten Gazebinde von den Zehen bis zum Knie eingewickelt unter Anwendung nur mäfsigen Zuges. Nach 2—6 Tagen dringen die Sekrete durch den Verband, der nun gewechselt werden mufs. Von nun an braucht der Verbandwechsel weniger häufig stattzufinden, da die Sekretion nachläfst. Beide Verfahren eignen sich für die ambulante Behandlung. *C. Müller-Genf.*

Über die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Europhen, von L. Nied. (*Wien. klin. Rundschau.* 1897. No. 14.) Bei nicht spezifischen Unterschenkelgeschwüren, welche nicht selten eine Änderung der Medikation wünschenswert machen, zumal wenn man nach Behandlung mit Jodoform Vergiftungserscheinungen beobachtet, namentlich bei umfangreichen Geschwüren, erwies sich das Europhen als ein von Nebenwirkungen freies und vorzügliches Heilmittel. Es wurde als Streupulver (Europhen. Acid. boric. pulv. subt. ää) und als 3—10%ige Salbe verwandt. Verfasser berichtet über 12 Fälle aus dem St. Elisabeth-Spitale in Wien. Allen ist gemeinsam, dafs in therapeutischer Beziehung nichts anderes geschehen ist als die Applikation des Europhens als Pulver oder Salbe, nachdem die Geschwüre in der üblichen Weise gereinigt waren. Der Heilungsprozefs vollzog sich prompt, ohne das Nachbargewebe zu reizen. Die sich bildende Narbe war eine glatte und geschmeidige.

A. Strauſs-Barmen.

Rapid sich verbreitende Gangrän, behandelt mit Antistreptokokkenserum, von Ernest Steele. (*The Brit. med. Journ.* 19. Dez. 1896.) Ein 1½ Jahre altes Kind verbrannte sich an einem glühenden Schüreisen eine Stelle des linken Beines. Trotz der angewandten Mittel wollte die Wunde nicht nur nicht heilen, sondern nahm an Ausdehnung zu. Um dieselbe Zeit entstand an der Stirn eine Ulceration, die ebenfalls den applizierten Mitteln hartnäckig widerstand und stetig gröfser wurde. Nach mehreren Wochen vergeblicher Behandlung und angesichts des bedrohlichen Allgemeinbefindens des Kindes machte Verfasser eine Injektion von 5 ccm Antistreptokokkenserum und gab innerlich Tonica. Von dieser Zeit besserte sich zusehends der Zustand. *C. Berliner-Aachen.*

Über einen Fall von raschem Ergrauen der Haare bei einer 32jährigen Hysterica berichtet Féré (*Progrès méd.* 1897. No. 4). Die Canities, welche einen Haarbüschel der Schläfengegend befallen hatte, war zwei Tage nach einem Schreck verbunden mit excessiver nervöser Aufregung aufgetreten. *C. Müller-Genf.*

Entfärbung der Haare unter dem Einfluſs von Gemütsaffekten, von Féré. (*Progrès méd.* 23. Jan. 1897.) Mehr oder weniger plötzliches Weifswerden kleinerer oder gröfserer Haarbezirke nach Schreck ist eine bekannte Thatsache. Weniger

bekannt dürfte ein ähnliches Vorkommen bei Tieren sein. So erwähnt F. einen Fall, wo eine Katze einer Amsel, beim Wunsche diese zu fangen, einen Wisch Federn ausgerissen hatte; die nachwachsenden Federn waren vollständig weifs. In einem anderen Falle zerrte ein Trunkenbold einem anderen Vogel die Federn aus, welche ebenfalls vollständig entfärbt wieder nachwuchsen. *C. Müller-Genf.*

Über die Ätiologie der Trichorrhexis nodosa, von Markusfeld. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenkunde.* 1897. No. 6 u. 7.) Verfasser untersuchte 14 Fälle von Trichorrhexis und fand in sämtlichen Fällen einen wohl charakterisierten Bacillus; dieser ist in beinahe allen darauf untersuchten Fällen aus den Haaren zu züchten. Seine Impfung auf gesunde abgeschnittene Haare ergab positive Resultate; in gesunden Haaren konnte er nicht nachgewiesen werden. Sämtliche übrigen aus den Haaren gleichzeitig gezüchteten Mikrobien erwiesen sich als zufällige Beimengungen ohne pathogene Bedeutung. *F. Hahn-Bremen.*

Die Radikalbehandlung der Alopecia areata, von Lorot. (*Indépend. méd.* 1897. No. 24.) Die vom Verfasser bei kleineren, die Dimensionen eines Zweifrancsstückes nicht übersteigenden Plaques vorgeschlagene Methode ist allerdings sehr radikal. L. exstirpiert nämlich die erkrankte Partie einfach mit dem Messer und näht die Wundränder zusammen. Die Stelle und ihre Umgebung wird zuvor sorgfältig rasiert und desinfiziert, die kahle Plaque sodann mit einem Jodanstrich bezeichnet und mit einem Rande von 2—3 mm gesunden Gewebes entfernt.
C. Müller-Genf.

Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter und über das Fettsklerem. Vorläufige Mitteilung von Wilhelm Knoepfelmacher. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 10.) Die Entstehung des Sklerema neonatorum infolge von Herzschwäche, Temperaturabfall und Flüssigkeitsverlust, Symptome, die bei Erwachsenen nicht diese Erscheinungen machen, läfst es annehmen, dafs das Fett eine besondere Beschaffenheit haben mufs. Ludwig Langer zeigte, dafs das Fett Neugeborener schon bei 36° erstarrt und 89% Oleinsäure enthält gegen 67% bei Erwachsenen. Verfasser hat bei seinen Untersuchungen festgestellt, dafs der Gehalt an Oleinsäure bei Neugeborenen nur 43,3%, bei älteren Kindern 65% beträgt. Das Fett der Neugeborenen wird allmählich immer oleinreicher, kann im sechsten Lebensmonat bei niederer Temperatur nicht mehr erstarren, da der Erstarrungspunkt dann schon bei 25° liegt. Bei einem Falle von Fettsklerem blieben Penis, Scrotum und auch Planta und Palma verschont; erstere weil da überhaupt wenig Fett vorhanden ist, letztere weil hier der Ölsäuregehalt ein weit höherer ist als am übrigen Körper. Eine andere Zusammensetzung hat das Fett der an Sklerem erkrankten Neugeborenen nicht. Magere Neugeborene haben ein an Ölsäure viel ärmeres Fett als fette.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Sklerodermie, von G. Engelmann. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1897. No. 9.) Bei einem 11jährigen Mädchen bildete sich im Anschlufs an Diphtherie eine ausgebreitete Sklerodermie, die Kopf, Hals, Schultern, Arme, Brust, Bauch, Rücken, Glutaealgegend betraf. Die nicht abnorm pigmentierte Haut ist derb, hart, gespannt, glänzend, nicht verschieblich, nicht faltbar, nicht eindrückbar. Sensibilität normal, Patellarreflex gesteigert, Schweifssekretion vielleicht etwas verringert, elektrischer Leitungswiderstand erhöht. Die Patientin wurde 1½ Monate mit Massage, Bädern, konstantem und inducierten Strom, Leberthran, Syr. ferr. jod. behandelt. Die Erscheinungen bildeten sich in dieser Zeit beträchtlich zurück. Die starre Induration schwand, die Stirnhaut konnte etwas gerunzelt werden, das Minenspiel war, wenn auch nicht in normaler Ausgiebigkeit, vorhanden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

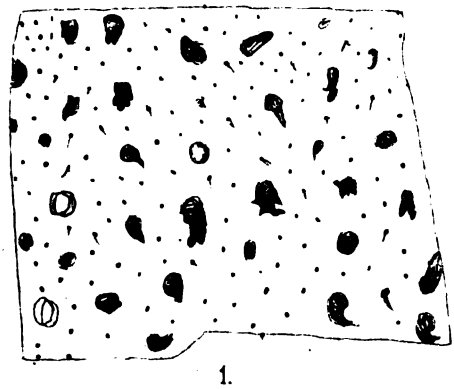
Ein Fall von Sklerodaktylie, von Stephan. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 52.) Verfasser teilt einen Fall von Sklerodaktylie mit, welcher die Lewin-Hellersche Theorie stützen soll, dafs dieses Leiden eine Angio-Trophoneurose peripheren oder centralen Ursprungs ist. Eine 30jährige, gracil gebaute, aber sonst gesunde Frau zeigt Veränderungen an den Händen, Vorderarmen, Zehen, Beuge- und Streckseiten der Kniegelenke und im Gesicht. Die Finger, Hände und Vorderarme sind handbreit über dem Radiokarpalgelenk verdickt, zum Teil auf Rechnung der Haut, zum Teil auf Rechnung der Knochen. Die Hautfalten sind verstrichen, die Haut fast gar nicht verschieblich und faltbar. Das Epithel ist nicht verdickt, eher an den Fingern verdünnt. Die Farbe der Haut ist grau, in der Kälte violett. Die Motilität ist sehr beschränkt, die Finger zeigen leichte Beugungskontraktur. Sensibilät und Reflexe normal. Der Übergang in die gesunde Haut an den Vorderarmen ist ein allmählicher. An den Fingerspitzen schimmern deutlich erweiterte Hautkapillaren durch. Die Nägel sind glanzlos, zeigen Längsrisse. An Handrücken, Vorderarmen, Unterschenkeln besteht deutliche Hypertrichosis. Die Haut der Glabella und zur Seite der Nase ist verdickt, nicht faltbar. Die Ohren sind auch beteiligt. An der Vorder- und Hinterseite der Kniegelenke sieht man auch eine veränderte Haut, ebenso an Zehen und Fufsknöcheln. Der Verfasser sucht die Quelle der Veränderungen in Veränderungen des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata. Als Beweise hierfür macht er auch geltend das beobachtete Zusammentreffen mit Morbus Basedowii und halbseitiger Gesichtsatrophie, welche letzteren Leiden wiederum zuweilen bei demselben Kranken vereint vorkommen. In einem Falle von Gutteling zeigte ein Patient Sklerodermie neben Morbus Basedowii und Hemiatrophia facialis. Dafs Morbus Basedowii und Gesichtsatrophie vasomotorisch-trophische Störungen centraler Natur sind, führt der Verfasser des weiteren aus. In dieselbe Krankheitsgruppe zählt auch Raynaudsche Krankheit, vielleicht sogar der Morbus Addisonii. Es liegt nun der pathologischen Anatomie ob, für die klinische Verwandtschaft dieser Leiden die Beweise beizubringen. — Bemerkt sei nur noch als auffallend, dafs unter sechs Sklerodermiefällen des Verfassers vier Juden betrafen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

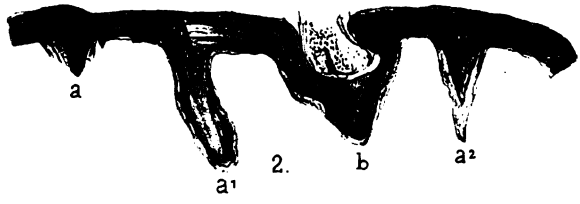
Im Verlage von Lucas Gräfe & Sillem in Hamburg erscheint eine neue Zeitschrift, die sich „**Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen**“ betitelt, in zwanglosen Heften, von denen sechs einen Band (Preis 30 *M.*) bilden, und deren Herausgeber Dr. Deycke und Dr. Albers-Schönberg in Hamburg sind.

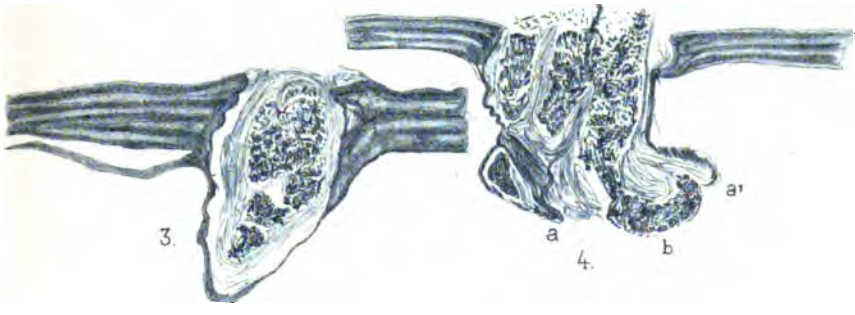
Neuer Röntgenprospekt. Von der bekannten Firma Reiniger, Gebbert & Schall, elektrotechnische Fabrik, Erlangen, liegt uns ein neuer Prospekt über Apparate, Instrumente und Hülfsmittel zur Erzeugung und Verwendung von Röntgenstrahlen vor, welcher infolge der übersichtlichen Anordnung sowie genauer, selbst für den Laien leicht faslicher Ausführungen über die Anwendung und Behandlung der Apparate dem Interessenten eine schnelle Orientierung ermöglicht und ihm in manchen Fällen willkommene Winke bietet.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



1.





5.

C. BECK.

NYOMT. ULLMANN

Verlag von LEOPOLD VOSS in Hamburg (und Leipzig).

Sachverzeichnis.

Abscesse infolge von Blennorrhoe, Bakteriologischer Beitrag zum Studium der periurethralen (Stanziale) 597.
—, Prostatitis blennorrhoica und periurethrale (Ehrmann) 306.
Absorption von Jod, Jodoform und Äthyljodid durch die Haut (Linossier und Lannois) 342.
Acetonurie (Hirschfeld) 296.
Acne, Ein neuer Fall von (Petrini) 573.
— cachecticorum (Morton) 332.
— punctata 603.
— pustulosa 603.
— rosacea 603.
— (Abrahams) 153; (Mosher) 334; (Ohmann-Dumesnil) 573.
— teleangiectodes oder Lupus follicularis disseminatus (Finger) 405.
— varioliformis generalisata (Gebert) 235.
Acnebacillus 611.
Acne-Curette (Bronson) 135.
Acneiforme, kleine pustulöse Scrophulide (Morris) 169.
Acnekeloid 158.
Acnepusteln und Komedonen, Behandlung der (Libersohn) 153.
Addisonsche Krankheit und Menstruationsstörungen (Schmey) 194.
— —, Suprarenalextrakt bei (Francis) 195.
— —, Die Nebenniere und die Ursache der (Auld) 194.
— — (Sutherland) 194.
— — und Organtherapie (Schilling) 651; (Tonoli) 651; (Duncan und Galt) 651.
— —, Heilung durch Exstirpation einer tuberkulösen Nebenniere (Hadra und Oestreich) 652.
— —, Zwei bisher nicht beschriebene Symptome der (Renner) 653.
Addisonsche Krankheit mit Lungenphthise und atypischer Hautpigmentierung, Melanoderma mit symmetrischen Flecken von Leukoderma (Hawthorne) 653.
Adenitiden, Subakute inguinokrurale (Brault) 154.
Adenitis, Venerische (Ramazotti) 154.
Adeno-Chondrom der Submaxillardrüse (Hutchinson jun.) 171.
Adenom der Zunge (Bidwell) 192.
Adenomata der Schweifsdrüsen (Fox) 131
Adhaesivum Hausmanns 258.
Airol, Wirkung des (Casoli) 259.
—, Unangenehme Nebenwirkungen des (Goldfarb) 228. 618.
—, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit (Leguen und Levy) 307; (Howald) 306.
— bei Lepra (Fornara) 405.
Airolemulsion zur Behandlung der akuten Blennorrhoe und der venerischen Bubonen (Merlin) 307.
Airolpaste, Okklusiverband mit (v. Bruns) 258.
Akanthosis nigricans (Collan) 649.
— —, Melanosis, begleitet von mäfsiger (Roberts) 43.
— —, Mikroskopische Präparate von (Pospelow) 83.
Akne s. Acne.
Aktinomykosis der Augenhöhle (Ransom) 150.
— und Madurafufs (Unna) 577.
— bei sekundärer Syphilis (Pospelow) 82.
Akromegalie (Dodgson) 190; (Hagelstam) 190; Roxburgh und Collis) 190.
—, Partielle (Marzocchi und Antonini) 647.
Albuminoide des eiterigen Harns (Leidié) 295.

Albuminurie bei Augensyphilis (Berger) 100.
—, Wert der Harncylinder in Bezug auf die Prognose der (Bard) 295.
Albumosurie, ein Beitrag zur Diagnostik ulcerativer Darmprozesse, Alimentäre (Chvostek und Stromayer) 294).
Aleppobeule (Brocq und Veillon) 27.
Alopecia 26.
Alopecia areata (Jacquet) 238; (Sherwell) 331.
— bei Kindern (Feulard) 197.
— und Lichen (Jacquet) 168.
—, Seborrhoe, Kahlheit und (Sabouraud) 164.
—, Radikalbehandlung der (Lorot) 655.
— -Behandlung (Brocq) 196; mit dem Galvanometer (Fournier) 464.
— congenita (Ziegler) 36.
—, Varietäten der (Sabouraud) 29.
—, Modifikationen der stimulierenden (Paniclie) 197.
—, Fleckige (Berger) 79.
— totalis neurotica (Steindler) 197.
— nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen (Ledermann) 80.
— und Dermatitis nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenschen Strahlen (Marcuse) 353.
— und Ichthyosis (Billard) 180.
Amyloid in der Harnblase, Lokales cirkumskriptes (Solomin) 532.
Angiokeratome (Isaak) 621.
Angiom (Bittner) 193.
— serpiginosum (Roberts) 42.
Ansprache Lassars in Moskau (Lassar) 515.
Anthrax in Bermondsey (Lucas) 149.
Aphthöse Stomatitis (Levi) 576.
Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik (Unna) 50.
Area Celsi s. Alopecia areata.
Argentamin und Argonin (Krösing) 511.
Aristol, Therapeutischer Wert des (Aievoli) 258
— bei Brandwunden (Walton) 355.
Arsen-Dermatosen (Méneau) 179.
Arsenmedikation, Blasenruptur im Anschluſs an (Caiger) 201.
Arthritiden, Präparate von syphilitischen (Ponfick) 458.
Artificielle Ausschläge (Shepherd) 627.
Arzneistoffe, welche im Urin ausgeschieden werden (Moeschel) 294.
Asepsis bei Harnleiden (Kutner) 526.
Asphyxie, Lokale (Havas) 276.
Atheromcystenbildung an der Scrotalhaut, Regionäre [Molluscum atheromatosum-Kaposi] (Ostermayer) 173.
Atlas seltener Hautkrankheiten, Internationaler. Heft XIII. 459.
Atresien, Postlupöse (Hallopeau, Weil und Le Dentu) 179.
Atrophie und Hyperpigmentose der Haut, Diffuse senile (Jordan) 373.
Augeneiterung der Neugeborenen, Verbreitung und Verhütung in Deutschland, Osterreich-Ungarn und der Schweiz (Cohn) 302.
Augensyphilis mit Albuminurie (Berger) 100.
Aureol, Toxisches Exanthem nach Gebrauch von (Lassar) 79.
Ausscheidung der Kohlensäure und des Wassers durch die Haut, Normale und pathologische (Barsatt) 343.
Ausschläge nach Operationen oder Traumen, Scharlachähnliche (Packard) 349.

Bacillus der Schaumorgane (Goebel) 49.
Bacterium coli, seine Bedeutung für die Pathologie der Harnwege (Melchior) 242.
Bäder bei Morbillen, Warme (Rix) 362.
Bäderkuren, Studien über Chlorcalcium und seine Verwertung in Kreuznacher (Vollmer und Aschoff) 282.
Bakteriurie (Goldenberg) 296.
Balneotherapie, Syphilisbehandlung und (Neisser) 477.
Barlowsche Krankheit (Pinner) 351.
— —, Anatomische Präparate eines Falles (Baginsky) 351.
Bart, Ein Fall von abnormer Entwickelung des (Schein) 580.
Bartentwickelung, Ursachen der (Schein) 338.
Bartholinitis, Über Radikalbehandlung der venerischen (Nobl) 305.
Beri-Beri (Grimm) 185.
—, Specificum gegen (Ashmead) 600.
Bindegewebsfibrillen bei Amphibien und Säugetieren, Entwickelung der kollagenen (Flemming) 337.
Blase, Appendicitis calculosa, die sich in die B. öffnet. Laparatomie und Heilung (Leplat) 583.
—, Über lokales cirkumskriptes Amyloid in der (Solomin) 532.
—, Drainage der B. durch die natürlichen Wege (Escat) 286.
—, Fibrom der (Quahoubian) 521.
—, Abgebrochenes Katheterstück in der (Róna) 33.
—, Leukoplakia der (Brick) 531.
—, Über die Lymphgefäſse der (Gerota) 531.
—, Infiltrierte Neubildung der (Noguès 90.
—, Neue Methode zur Entfernung polypöser Gewächse aus der (Chismore) 395.
—, Groſser extraperitonealer Riſs. Heilung (Petit) 287.

Blase, Soor der (v. Frisch) 202.
—, Die Totalexstirpation der B. wegen eines diffusen Tumors (Tuffier) 532.
Blasenbildung bei Pemphigus vulgaris und vegetans (Luithlen) 282.
Blasendivertikel (Rafin) 532.
Blasenentzündungen, Behandlung der tuberkulösen (Banzet) 286.
Blasengegend und Bauchfell in den verschiedenen Altersstufen (Romary) 203.
Blasengrund, direkte Drainage vom B. aus (Rochet und Durand) 582.
Blasenhämorrhoiden, Diagnose durch das Cystoskop (Bruni) 634.
Blaseninfektion, Schwere Verdauungsstörung bei B.; schnelle Besserung durch Argentum nitricum (Nogués) 91.
Blasenleiden, Über die Anwendung des permangansauren Kaliums in der Behandlung der (Nogués und Pasteau) 89.
Blasenphonendoskop (Heard) 531.
Blasenruptur, Ein Fall von pathologischer [idiopathischer] (Cuff) 581.
—, im Anschluſs an Arsenmedikation (Caiger) 201.
Blasenschnitt bei Lithiasis, Hoher (Johnson) 202.
Blasenstein (Morton) 84; (Hendley) 583.
—, Abgekapselter (Mendoza) 394.
— mit einer Bohne als Kern (Krouse) 257.
—, durch Litholapaxie entfernt, Groſser (Nixon) 584.
Blasensteine, Anwendung der Röntgenstrahlen zur Untersuchung der Gallensteine und der (Pouguet und Gascard) 584.
—, Die besten Methoden der Entfernung groſser (Freyer) 585.
—, Bemerkungen über (Keegan) 585.
—, Verschiedene Erklärungen der spontanen Fraktur von (D'Estrées) 201.
— und Prostatabeschwerden (Harrison) 583. 584.
Blasensteinkrankheit in den alten Herzogtümern Lothringen und Bar (Paulin) 583.
Blasenstich im Hypogastrium, Ein neuer Miſsstand beim (Tailhefer) 582.
Blasenverschluſs (von Zeissl) 462.
Blastomyceten, Über ihre pathogene Wirkung und Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten (Secchi) 68. 109.
— und hyaline Degeneration (Pelagatti) 57.
—, Pseudo-Lupus vulgaris, zurückzuführen auf die Anwesenheit und das Wachstum eines (Gilchrist) 629.
— und Protozoen, verglichen mit den sogenannten Parasiten, die bei verschiedenen Hautkrankheiten gefunden wurden (Gilchrist) 525.
Blastomycetische Dermatitis beim Menschen (Gilchrist) 525.
Blattern s. Variola.
Blatternepidemien, Eingehende statistische Erhebungen über drei (Coupland) 364.
Blatternmortalität in Konstantiopel (v. Düring) 364.
Blausucht (Litten) 349.
Blennorrhoe, Histologie des Eiters bei der akuten (Lohnstein und Hirschfeld) 246. 516.
—, Über die Albuminurie bei der (Colombini) 596.
—, Bakteriologischer Beitrag zum Studium der periurethralen Abscesse infolge von (Stanziale) 597.
—, Der Gonococcus und die öffentliche Prophylaxis der (Finger) 599.
— der Prostituierten, Statistische Beiträge zur (Lappe) 593.
—, Lokalisation bei den Prostituierten (Lichatschew und Orlow) 83.
—, Primäre bakterielle (Eraud) 594.
—, Allgemeininfektion bei (Robinson) 594.
— bei einem Kinde (Westervelt) 594.
—, Aufsergewöhnliche Komplikationen der (Bogdan) 86.
—, Genitaltuberkulose als Komplikation der (Feleki) 280.
—, Hochgradige Harnröhrenstriktur infolge einer im Kindesalter acquirierten (Aschner) 280.
—, Tödliche Cerebrospinalmeningitis und akute (Fürbinger) 304.
—, Ein tötlich verlaufener Fall von akuter (Klamann) 595.
— im Auge neugeborener Kaninchen sowie Erfahrungen über die Kultur des Gonococcus, Über experimentelle (Heller) 595.
— des Rectums beim Weibe (Baer) 182.
— des Rectums und des Mundes (Larsen) 304.
— der Augen, Beiträge zur Frage der Übertragung der Gonokokken bei (Welander) 302.
—, Lymphangitis suppurativa des Penis im Verlaufe einer (Billard) 464.
— und ihrer Komplikationen, Zur Therapie der Urethral- (Ehrmann) 306; (Spietschka) 387.
—, behandelt mit Airol (Howald) 306. (Legueu und Levy) 307.
— und venerische Bubonen, behandelt mit Airolemulsion, Akute (Merlin) 307.
— der Harnröhre, Die Therapie in der akuten (Finger) 306.
—, behandelt durch innerliche Mittel, speziell mit Extr. fluid. Kawae-Kawae (Abramowitsch) 306.

Blennorrhoe-Behandlung mit Spülungen von Kalium permanganicum, Über Technik und Erfolge der (Strauss) 307.
—, geheilt mit gasartig in der Harnröhre verdunstenden Substanzen (Güntz) 308.
— incipiens, Weitere Mitteilung zur Abortion der (Goldberg) 305.
—, Behandlung der akuten B. mit prolongierten Injektionen von Protargol (Neisser) 634.
—, Salbenbehandlung der (Pitruzzella) 636.
—, Zur Behandlung der (Stark) 615.
Blennorrhoiker, Jugendliche (Lofton) 594.
Blennorrhoische Allgemeininfektion (Ahman) 172; (Schuster) 385.
— Infektion, Tödliche (Brewer) 256.
— Infektion mit Hyperkeratose der Haut, Schwere (Chauffard) 595.
— Infektion beim Manne, Zur Prophylaxis (Nobl) 303.
— Arthrosynovitis im Kindesalter (Moncorvo) 598.
— Augeneiterung in Deutschland, Oesterreich-Ungarn und der Schweiz (Cohn) 302.
— Augenentzündung der Neugeborenen (Ferguson) 202.
— Cystitis beim Manne, Die Behandlung der (Charalambieff) 308.
— Endocarditis (Siegheim) 596.
— Entzündung, Die Diagnose der (McCann) 302.
— Gelenkentzündungen, Ein Beitrag zu den (Schneller) 303; (Koenig) 598.
— Metastase, Die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser bei (Jundell) 36.
— Metritis, Diagnose und Behandlung der (Appert) 305.
— Orchepididymitis, Guajakol bei (Sienne) 596.
— Periproctitis (Huber) 386.
— Peritonitis (McCann) 597.
— —, Zur Kasuistik der diffusen (Bensinger) 304.
— Prostatitis, Zur Therapie der (Ehrmann) 306.
— Rectitis (Griffon) 597.
— Rheumarthritis mit tödlichem Ausgang (Hawkins) 303.
Blut und Urin von Carcinomatösen (Castelli) 187.
Brandwunden, Aristol bei (Walton) 355.
Bromausschlag (Galloway) 130.
Bronze-Krankheit s. Addisonsche Krankheit.
Brown-Séquardscher Symptomenkomplex mit syringomyelitischer Dissociation syphilitischen Ursprunges (Piatot und Cestau) 463.
Bubo, Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese des (Colombini) 578.
Bubonen, Ätiologie und Behandlung der (Perry) 154. (Deutsch) 461.
—, Behandlung der eiterigen B. mittelst Einspritzungen von Terpentinöl in die Drüsen (Rondelli) 155.
— — mit Hydrargyrum benzoatum (Schischa) 578.
— — nach Langs Methode (Bukowsky) 579.
Bubonenpest (Cantlie) 600.
Bullöse Epidermolysis hereditaria (Ledermann) 619.
— Varicellen (Pye-Smith) 41.

Caratés (Montaya y Flórez) 180.
Carcinoma 158.
— der Brust von mehr als 30jähriger Dauer (Nunn) 188.
—, Eine Cyste der Brust diagnostiziert als (Eddowes) 188.
—, Kolloides (Snow) 645.
—, Multiples, primäres (Williams) 645.
— des Testikels (Kanthack und Pigg) 585.
— der Prostata bei einem Hunde (Rouville) 587.
— serpiginosum multiplex (Unna) 461.
—, Gummi- (Blaschko) 82.
—, Naevo- (Tailhefer) 87.
Carcinomatösen, Blut und Urin von (Castelli) 187.
Carcinombehandlung mit Streptococcus prodigiosus-Kulturen; negatives Resultat (Korff) 646.
Carcinome, Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären (Hodara) 205.
Cerebrospinalmeningitis und akute Blennorrhoe, Tödliche (Fürbringer) 304.
Cerebrospinalsklerose, Disseminierte, syphilitische (Bechterew) 52.
Chancre mixte, Ducrey-Kreftingsche Schankerbacillenpräparate von einem (Deutsch) 563.
Chirurgisches Eingreifen bei Geschwülsten (Albarran) 519.
Chloralexanthem (Geill) 239.
Chlorcalcium und seine Verwertung in Kreuznacher Bäderkuren, Experimentelle Studien über (Vollmer und Aschoff) 282.
Cicatrices lueticae des Gesichts und Folliculitis syphilitica (Justus) 127.
Collessches Gesetz (Corlett) 257. 630
Condylomata acuminata hypertrophica 158.
Cornu cutaneum (Ohmann-Dumesnil) 648.
— — des Ohres (Coosemans) 648.
— unguale (Ohmann-Dumesnil) 648.
Cornua cutanea beim Menschen (Laloy) 648.

Corpora cavernosa, Endotheliom der (Alexander und Dunham) 255.
Cowpersche Drüsen, Exstirpation derselben (Englisch) 461.
Cutaneous Medicine (Duhring) 638.
Cyste der Brust, diagnostiziert als Carcinom (Eddowes) 188.
Cysten der Brust, Krebsartige (Symonds) 188.
— des Peritonealraums und der Leber, Ein Fall von Hydatidencyste der Prostata nebst (Winterberg) 587.
Cystitis, Alte hartnäckige. Blasenschnitt. Auskratzung, Heilung (Motz) 521.
— beim Manne, Die Behandlung der blennorrhoischen (Charalambieff) 308.
—, Tuberkulöse (D'Haenens) 290.
— mit Befund von Diplococcus Friedländer (Mont-Saavedro) 290.
— und Ureteritis cystica und die Septenbildung in der Schleimhaut der ableitenden Harnwege (Delbanco) 1.
Cystoskop, Modifiziertes Operations- (Nitze) 242.
—, Neues (Guyon) 527.
—, Blasenhämorrhoiden, diagnostiziert durch das (Bruni) 634.
Cystoskopie (Casper) 527.
—, Praktische Bedeutung der modernen (Ries) 106.
— und Ureterkatheterismus beim Weibe (Mainzer) 105.
— und Harnleiter-Katheterismus in der Diagnose der Nierenkrankheiten (Casper) 243.
Cystoskopischer Evakuationskatheter (Nitze) 461.
Cystotomia und Cystotomia perinealis (Rochet und Durand) 582.

Dactylitis syphilitica ossea. Hereditäre Syphilis (Gaucher und Barbe) 29.
Denisenko, Nicolaus Nikiforow, Fahrt zu (v. Samson) 155.
Dermatitis arteficialis 129.
— beim Menschen, Blastomycetische (Gilchrist) 525.
— und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenschen Strahlen (Marcuse) 353.
— nach Anwendung der Röntgenschen Strahlen (Apostoli) 351; (Drury) 353.
— renalen Ursprungs (Wickham) 355.
— im Anschluſs an die Vaccination (Pusey) 45.
— desquamativa der Beine mit leukodermischen Flecken am Stamme (West) 130.
— exfoliativa, Ein Fall von (Schwimmer) 278; 622.
Dermatitis exfoliativa epidemica [Savill] (Colby) 331.
— — universalis (Delbanco) 622.
— — und Pemphigus (Foxwell) 147.
— herpetiformis (Blaschko) 79; (Palm) 234; (Allgeyer) 515; (Gilchrist) 526.
— — oder Pemphigus foliaceus? (Biddle) 46.
— — mit einigen eigentümlichen Merkmalen (Morris und Whitfield) 247.
— — oder Impetigo herpetiformis (Fordyce) 629.
— — in Beziehung zum Erythema multiforme und zum Pemphigus (Duhring) 359.
— medicamentosa, Zur Behandlung der (Frickenhaus) 493.
Dermatologie, Lehrbuch der [holländ.] (Mendes da Costa und van Praag) 470.
Dermatoneurosis, Hysterische (van Harlingen) 566.
Dermatosen, Medikamentöse (Jadassohn) 353.
Dermatotherapie, Nosophen in der (Ehrmann) 344.
Desinfektion der operierenden Hände mit Ubrigin (van Niessen) 345.
— der Hände, Bakteriologische Untersuchung über den relativen Wert der dafür gebrauchten Agentien (Leedham-Green) 480.
Diabète bronzé (Hanot) 194.
Diabetes insipidus, Beitrag zur Ätiologie des (Bandler) 509.
Diagnose, Fall zur (Crocker) 170; (Pringle) 169; (Jewett) 333; (Morton) 334; (Winfield) 335.
Diamphidia locusta, Gift der Larven von (Boehm) 355; (Starcke) 355.
Difluordiphenyl als Wundheilmittel (Thimm) 512.
Dilatation der Urethra mit Hypospadie, Kongenitale (Potarca) 108.
Dilatationsverweilkatheter mit zurückziehbarer Leitsonde (Voswinkel) 530.
Drainage der Blase durch die natürlichen Wege, Verlängerte (Escat) 286.
— des Blasengrundes vom Damm aus, Direkte (Rochet und Durand) 582.
Drüsen, Exstirpation der Cowperschen (Englisch) 461.
Dysidrosis (Farez) 396.

Eccema 58. 129.
— Ätiologie und Pathogenese des (Leredde) 568.
—, seine Bedeutung und die allgemeine Reaktion der Haut (Török) 129.
— der Beugeflächen (Cantrell) 145.
— des Gesichts, Akutes (Jonsson) 572.

Eccema impetiginosum, Nephritis infectiosa acuta im Gefolge eines (Barduel) 568.
— madidans 898; (Jewett) 336.
— marginatum mit ausgebreiteter und ungewöhnlicher Lokalisation (Török) 31.
— universale acutum als Folge von Empfindlichkeit gegen Jodoform (Dressler) 355.
— verrucosum, Ulcerierendes hypertrophisches (Pringle) 130.
—, Mykosis fungoides und Psoriasis (Galli) 289.
— und Phimosis (Ragnor) 84.
— Ursache und Behandlung des infantilen (Alger) 145.
— -Behandlung, Grundlage der (Petersen) 144.
— — mit Pikrinsäure (Gaucher) 569.
— — mit Thyreoidextrakt (Parker) 144.
— Aethylchlorid bei chronischem (Ricketts) 145.
Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut (Müller) 182.
Eiweifsbestimmung im Harn, Zur vergleichenden Schätzung der verschiedenen Methoden für die quantitative (Wassiliew) 295.
Ekzematiforme Pyodermie (Gaston) 273.
Ekzematisation 129.
Elastisches Gewebe, Histogenese desselben (Gardner) 337.
Elektrolyse bei Hautkrankheiten (Hardaway) 467.
— Individueller Widerstand bei der (Hutchins) 468.
— Behandlung des Lupus durch (Ravogli) 407.
—, Naevus vascularis planus behandelt durch negative (Brocq) 273.
— bei Strikturen, Therapeutische Verwendung der (Lang) 529; (Howland) 468.
— bei ernsten Strikturen in der hinteren Harnröhre, Wert der Fortschen Methode der (McGowan) 468.
Elephantiasis faciei (Shiwult) 30.
— des Fufses bei einer Tuberkulösen, Phagedänisches Geschwür mit (Gaston und Dominici) 274.
— der Haut (Prothon und Nové-Josserand) 575.
— mit tödlichem Ausgange infolge von recidivierendem Erysipel (Jagot) 575.
—, Monströser Fall aus den Tropen (Rasch) 152.
— vulvae (Kidd) 299.
Endothelioma der Corpora cavernosa (Alexander und Dunham) 255.
Enuresis nocturna (O'Connell) 204; (Carter) 204; (Nason) 204.
— Ätiologie und Behandlung der (Köster) 289.
— Ein einfaches Mittel gegen (Prendergast) 290.
Epicystotomie, Permanenter Ureterenkatheterismus (Dasaro-Cao) 299.
Epidemische Hautkrankheit und die Milch (Copeman) 144.
Epidermisation und Pseudokomedonen, Fehlerhafte (Audry) 86.
Epidermisspiralen, Über die Deutung der sogenannten (Herxheimer und Müller) 182.
Epidermolysis bullosa (Beatty) 285.
— hereditaria (Ledermann) 619.
Epididymis, Addisonsche Krankheit, geheilt durch Exstirpation einer tuberkulösen (Hadra und Oestreich) 652.
Epididymitis, Hysterische (Morel) 291.
—, Sekundäre und gummöse, syphilitische (Melle) 636.
— und Entzündung der Tunica vaginalis, Pseudomembranöse Samenbläschenentzündung mit dem Bacillus coli und nachfolgender (Noguès) 288.
— und Orchitis, Eine neue Behandlung der (Tuttle) 586.
Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome (Hodara) 205.
Epitheliale Gebilde in neuer Auffassung (Kromayer) 175.
Epithelioma 158; (Sherwell) 133. 335.
— adenoides cysticum (Fox) 131.
— contagiosum (Raynor) 335; (Sherwell) 332.
— — an den Augenlidern (Salzer) 189.
— der Kopfhaut (Pringle) 130.
— —, Keratinisierendes (Shattock) 644.
— des Penis (Morton) 84; (Mencière) 465.
— des Scrotum, Verkalktes (Penne) 462.
— der Stirngegend, Serpiginöses (Thibierge) 460.
—, Radikalheilung desselben (Cerny und Trunecek) 645.
Epitheliomaähnliches Scrophuloderma (Schwimmer) 278.
Erysipel 398.
—, 597 eigene Beobachtungen von (Roger) 151.
—, Pneumokokkeninfektion bei (Roger) 152.
—, Zur Epidemiologie des (Ucke) 574.
— der Augenlider, Über das (Mermet) 574.
— des Gesichts, Pachydermie im Anschlufs an habituelles (Friedrich) 574.
—, Über einen Fall von Elephantiasis mit tödlichem Ausgange infolge von recidivierendem (Jagot) 575.
— und Lupus, Ein Fall von (Schwimmer) 562.
Erysipelstreptococcus, Marmorekesches Serum verleiht den Kaninchen keine Immunität gegen den (Courmont) 575.
Erysipeltoxine bei Mammatumoren (Haslam) 187.

Erysipeltoxine, Therapeutische Anwendung der (Sherwell, Winfield) 134.
Erythema 398.
—, Einseitiges (Winfield) 332.
— induratum (St. Mackenzie) 169.
— multiforme und Pemphigus, Beziehungen der Dermatitis herpetiformis zum (Duhring) 359.
— nodosum (Grenzner) 153.
— — bei einem syphilitischen Individuum (Justus) 564.
— papulatum (Ledermann) 81.
— — nach Vaccination (Fox) 99.
— persistens capitis (Jewett) 336.
— scarlatiniforme (Manley und Winfield) 336.
Erythemato-papulöse Form der Tuberkulide (Hallopeau und Lafitte) 275.
Erythrodermia (Pospelow) 30.
— mit Veränderungen in der Mund- und Rachenhöhle, Vormykotische (Hallopeau und Weil) 239.
— im Verlaufe einer mit Kakodylsäure behandelten Psoriasis, Exfoliative (Lesné) 273.
Europhen (Fournier) 181; (Fox) 170; (De Molènes) 260.
— bei Unterschenkelgeschwüren (Nied) 654.
Evakuationskatheter, Der cystoskopische (Nitze) 461.
Exanthem, Symptomatisches phlyctaenöses (Campana) 358.
— nach Gebrauch von Salipyrin, Schweres (Schmey) 355.
— nach der Vaccination, Scarlatinaähnliches (Stumpf) 398.
Exantheme, Prodromal- und sekundäre (Bernhard) 92.
Extragenitale Infektion und fragliche Syphilis congenita (Aschner) 127.
— Syphilisinfektion (Münchheimer) 386.

Favus und Herpes tonsurans (Müller) 570.
— der oberen Augenlider (Frick) 570.
Fett im Säuglingsalter; Fettsklerem (Knoepfelmacher) 655.
Fibröser Tumor des Medianus (Wallis) 190.
Fibrom der Blase (Quahoubian) 521.
— des Hodensackes, Enormes (Gauthier) 530.
Filaria medinensis (Sellei) 129.
Filmogen (Unna) 159.
Fingernägel, Hereditäre kontinuierliche Abstoßung der (Montgomery) 255.
—, Seltene Deformität der [Koilonychia] (Heller) 241.
Fissura ani mit Kokain und Ichthyol behandelt (Chéron) 353.
Fistel über dem rechten Ellenbogen, Secernierende (Frazier) 333.
Folliculitis necrotica (Roberts) 42.
— syphilitica und syphilitische Narben des Gesichts (Justus) 127.
— varioliformis (Delbanco) 622.
Fraktur von Blasensteinen, Verschiedene Erklärungen der spontanen (D'Estrées) 201.
Framboesia brasiliensis oder Bouba (Breda) 150.
— syphilitica (Plonski) 620.
Frenulum praeputii, Folgezustände eines zu kurzen (Loumeau) 528.
Frostbeulen, Zur Behandlung der (Müller) 349.
Furunkulose 398.

Gangrän der Haut, Spontane (Corlett) 629.
—, Rapid sich verbreitende, behandelt mit Antistreptokokkenserum (Steele) 654.
— des Rachens, Primäre (Blumenau) 151.
Gefahren der forcierten plötzlichen Erweiterung der Harnröhre bei Striktur (Beckett) 199.
Gehirnsyphilis, Augenaffektionen bei (Zimmermann) 54.
Gelenkerkrankung, Gummöse (Kaufmann) 459.
Genitalium externorum foemineorum symbolae ad cognitionem (Bergh) 261.
Genitalsekrete, Diagnostischer Wert der mikroskopischen Untersuchung der weiblichen (Lanz) 300.
Genitaltuberkulose als Komplikation der Blennorrhoe (Feleki) 280.
Geschlechts- und Harnapparat bei der Frau, Pathologische Beziehungen zwischen (Legueu) 392.
Geschlechtsleben, Frühzeitiges Erwachen desselben (Mazzi) 479.
Gesichtsödem, Ein Fall von akutem, toxischem (Meinert) 348.
Gicht und Harnsäure (Rosenfeld) 297.
Glutol (Saalfeld) 259.
Gonococcus Neisser, Seine Reinzüchtung in 2 Fällen blennorrhoischer Metastase (Jundell) 36.
— und die öffentliche Prophylaxis der Blennorrhoe (Finger) 599.
—, Reaktion des blennorrhoischen Eiters und der Urethralschleimhaut und Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des (Colombini) 300.
—, Sein Verhalten zur Gramschen Färbemethode (Hijmans van den Bergh) 301.
—, Forensische Bedeutung des Nachweises des (Ravogli) 301.
—, Zur Frage der Übertragung bei Augenblennorrhoe (Welander) 302.
Gonokokken aus einem Kniegelenk durch Punktion gewonnen (Leyden) 598.

Gonokokkenendocarditis (Carageorgiades) 597.
Gonokokkenzüchtung, Über einen neuen Nährboden für (Csillag) 565.
Gonokokkose, Über die (D'Aulney) 599.
Granulationsgeschwülsten der Haut, Polyneuritis mit multiplen, schwielenartigen (Fraenkel) 359.
Granuloma der Pudenda, Ulcerierendes (Daniels) 391.
— der Regio pubica, Ulcerierendes (Galloway) 40.
Guajakol bei der blennorrhoischen Orchepididymitis (Sienne) 596.
Guajakolvasogen, Heilung eines intranasalen Lupus durch (Bergeat) 408.
Gumma der Ciliargegend (Highet) 413.
— auf der Stirn (Sherwell) 135.
— des Testikels (Pitts) 101.
Gummata des Gehirns (Beadles) 54.
Gummicarcinom (Blaschko) 82.
Gummöse Gelenkerkrankung (Kaufmann) 459.

Haar des Negers, Pigment in Haut und (Abel und Davis) 339.
Haarboden, Einwirkung der Röntgenschen Strahlen auf den (Forster) 352.
Haare, Rasches Ergrauen der (Féré) 654.
— unter dem Einfluſs von Gemütsaffekten, Entfärbung der (Féré) 654.
Haarfollikel, Eigentümliche Affektion der (Grindon) 256. 628.
Haarsystem in Beziehung zur Färbung der Haut (Bloch) 339.
Hämoglobinurie bei Malaria (Stewart) 296; (Potter) 297.
Haemolum hydrargyro-jodatum (Stark) 378; (Krzysztalowicz) 384.
Haemophilia (Bienwald) 350.
— congenita (Hutschnecker) 350.
Hämorrhagische Infektionen des Menschen (Silvestrini und Baduel) 349.
— Variola, Genesung bei denselben (Ricketts und Frith) 397.
Hämorrhoiden, die Behandlung der (Stein) 195.
Harn, Albuminoide des eitrigen (Leidié) 295.
— Arzneistoffe, welche im H. ausgeschieden werden (Moeschel) 294.
—, Wert der Bestimmung des organischen Phosphors im normalen und pathologischen (Ceconi) 298.
—, Zwei Methoden zur Bestimmung der festen Bestandteile im (Jordan) 373; (Karvonen und Kompa) 462.
—, Zur vergleichenden Schätzung der verschiedenen Methoden für die quantitative Eiweiſsbestimmung im (Wassiliew) 295.
Harns bei einigen Dermatosen, Toxicität des (Colombini) 466.
Harn und Blut von Carcinomatösen und hämolytische Wirkung der Krebstoxine (Castelli) 187.
Harnabsonderung, Haut- und Lungenausscheidung zur Tag- und Nachtzeit bei Ödemen verschiedenen Ursprunges (Iljisch) 347.
Harnanalyse, Praxis der (Lassar-Cohn) 473.
Harncylinder in Bezug auf die Prognose der Albuminurie, Wert der (Bard) 295.
Harnretention, Doppelseitige Kastration wegen prostatischer (Southam) 293.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhreneingang, seine verschiedenen Formen beim Manne (Pasteau) 90.
Harnröhrenentzündungen, Gonokokkenfreie (Guiard) 250.
Harnsäure und Gicht (Rosenfeld) 297.
Harnsäure-Ausscheidung, Einige Wirkungen der Diät auf die (Haig) 297.
— in Beziehung zu Entzündungen und Störungen im Urogenitalapparate, Oxalurie und excessive (Lewis) 394.
Harnwege, Chirurgie der (Loumeau) 396.
—, Die Bedeutung des Bacterium coli für die Pathologie der (Melchior) 242.
—, Septenbildung in der Schleimhaut der ableitenden (Delbanco) 1.
Hausmanns Adhaesivum 258.
Haut, Absorption von Jod, Jodoform und Äthyljodid durch die (Linossier und Lannois) 342.
—, Ein Fall von diffuser seniler Atrophie und Hyperpigmentose der (Jordan) 373.
—, Normale und pathologische Ausscheidung der Kohlensäure und des Wassers durch die (Barsatt) 343.
—, Die Bedeutung des Eccema verrucosum und die allgemeine Reaktion der (Török) 129.
—, Schwere blennorrhoische Infektion mit Hyperkeratose der (Chauffard) 595.
— einer vom Blitze getroffenen Frau, Zeichnungen auf der 480.
—, Einfluſs des Lichtes auf die (Bowles) 247.
—, Einwirkung der Röntgenschen Strahlen auf die normale (Forster) 352; (Fuchs) 353.
— Veränderungen an der H. nach Durchleuchtung mit X-Strahlen (Oudin, Barthélemy und Darier) 417.
—, Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die (Müller) 182.
— und Haar des Negers, Pigment in (Abel und Davis) 339.

Haut, Haarsystem in Beziehung zur Färbung der (Bloch) 339.
—, Elephantiasis der (Prothon und Nové-Josserand) 575.
—, Spontane Gangrän der (Corlett) 629.
—, Starke Lösungen der Ichthyolgruppe bei Behandlung akuter und chronisch-entzündlicher Zustände der (Klotz) 524. 566.
—, Lymphadenie der (Immermann) 647.
—, Pigmentsarkom der (Steiner) 186.
—, Polyneuritis mit multiplen, schwielenartigen Granulationsgeschwülsten der (Fraenkel) 359.
— und andere Organe, Protozoen- (Coccidien-) Infektion der (Rixford und Gilchrist) 525.
—, Pseudoleukämie mit spezifischer Erkrankung der (Pfeiffer) 646.
—, Klinische und experimentelle Untersuchungen über einige Reizerscheinungen der (Freccero) 289.
—, Sarkomatose der (De Amicis) 309.
—, Syphilitische Ulcerationen der (Ohmann-Dumesnil) 412.
—, Tabes dorsalis und die bei ihr auftretenden trophoneurotischen Veränderungen der (Kalischer) 240.
— Trophische Erkrankungen der (Beron) 514.
Hautaffektion, Hysterische (Schwimmer) 624.
Haut- und Lungenausscheidung zur Tag- und Nachtzeit bei Ödemen verschiedenen Ursprunges (Iljisch) 347.
Hautblutungen, Beitrag zum Studium der (Hyde) 565.
Haut- und Geschlechtserkrankungen bei den Eingeborenen Algiers (Raynaud) 86.
Hautgangrän, Eigentümliche Form multipler infektiöser (Waelsch) 35.
Hauthörner s. Cornua cutanea.
Hautkrankheiten, Internationaler Atlas seltener: Heft XIII 459.
—, Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen (Chotzen) 469.
—, Kurzes Lehrbuch der (Pospelow) 185.
—, Therapie der (Leistikow) 637.
—, Elektrolyse bei (Hardaway) 467.
—, Einige neuere Mittel für (Bulkley) 258.
—, Quellsalzseifen und die Anwendung derselben bei (Bardach) 177.
—, abgesehen von Lupus vulgaris, Tuberculosis im Zusammenhang mit (Hyde) 523.
Hautnerven, Einfluſs derselben auf den Stoffwechsel (Vollmer und Aschoff) 282.
Hautpathologie Algeriens (Legrain) 342.
Hautpigmentation (Moutard-Martin) 650.
Hautpigmentierung, Addisonsche Krankheit mit Lungenphthise und atypischer (Hawthorne) 653.
Hautsarkom in Algerien (Legrain) 156.
—, Primäres idiopathisches (Campana) 289.
Hautsarkomatose (Tandler) 630.
Hauttuberkulose 372.
—, Inokulierte (d'Urso) 138.
—, Heilung durch Stauungshyperämie [Baersche Stauung] (Woltersdorf) 138.
— der Nase (Schwimmer) 126.
—, Multiforme Manifestationen von (Pringle) 170.
Hemiatrophia facialis progressiva (Wolff) 195.
Hermaphroditismus, Über (Menke) 527.
— spurius (Martin) 106.
Herpes corneae (Guiot) 466.
— labialis, seine Bedeutung bei der Differentialdiagnose zwischen eitriger und tuberkulöser Meningitis (Habel) 357.
— bei den Fieberattacken der Malaria, Prognostischer Wert des (Powell) 391.
— zoster s. Zoster.
Historische Streifzüge [Celsus] (Cohn) 24. 161. 380.
Hornkrebs (Mibelli) 460.
Hühneraugen an den Fuſssohlen, Warzige (Evans) 191.
Hyaline Degeneration und Blastomyceten (Pelagatti) 157.
Hydatidencyste der Prostata nebst Cysten des Peritonealraums und der Leber (Winterberg) 587.
Hydradénomes éruptifs (Fox) 131.
Hydrargyrum salicylicum, Lokale Veränderungen nach intramuskulärer Injektion von (Wolters) 84.
— — Lungenembolie bei Injektion von (Schulze) 36.
Hydrocele communicans funiculi spermatici (Feleki) 563.
— radikal behandelt mit Excision des Sackes (Southam) 586.
— Radikalbehandlung der (Verhogen) 586.
—, Die Inversion der Tunica vaginalis bei der Behandlung der (Etiévant und Barral) 586.
Hyperämie 66.
—, Kongestive 129.
Hyperchromie, Lichen ruber planus Wilson mit vorherrschenden akuminierten Elementen und eigentümlicher (Hallopeau und Poulain) 237.

Hyperkeratose der Haut, Schwere blennorrhoische Infektion mit (Chauffard) 595.
Hyperkeratosis excentrica [Respighi] oder Porokeratosis [Mibelli] (Gilchrist) 628.
Hyperplasie 129.
Hyperpigmentose der Haut, Ein Fall von diffuser seniler Atrophie und (Jordan) 373.
Hypertrophie der Nägel und Keratosis der Hände und Füfse (Fox) 130.
— der linken Seite, Kongenitale (Winfield) 333.
Hysterische Dermatoneurosis (van Harlingen) 566.
— Epididymitis (Morel) 291.
— Hautaffektion (Schwimmer) 624.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen (von Baumgarten und Tangl) 47.
— über das Vestre-Hospital (Bergh) 396.
Ichthalbin [Ichthyoleiweifs] (Sack) 260. 365.
Ichthyol, Über (Unna) 533.
Ichthyolgruppe bei Behandlung akuter und chronisch-entzündlicher Zustände der Haut, Starke Lösungen der (Klotz) 524. 566.
Ichthyosis (Sherwell) 332.
— Ein Fall von (Willoughby) 569.
— Kongenitale (Sherwell) 332; (Winfield) 567.
— und Alopecie (Billard) 180.
Jenners Leben und Wirken (Wallis) 98.
— Prinzipien in der modernen Medizin (Selander) 98.
Impetiginöses Ekzem, Nephritis infectiosa acuta im Gefolge eines (Barduel) 568.
Impetigo (Unna) 569.
— herpetiformis, Ein ungewöhnlicher Fall von (Jamieson) 459; (Hartzell) 629.
— — oder Dermatitis herpetiformis (Fordyce) 629.
— contagiosa (Arning) 237.
— simplex (Kaufman) 257.
Impfschutz der Hamburger Variolavaccine des Jahres 1881 (Voigt) 399.
Impfstoff, Lanolin- (King) 400.
Impfstofffrage, Zur (Chalybäus) 400.
Impfstoffmühle „Jenner“ (Schutte) 400.
Impftechnik, Zur (Weissenberg) 100.
Impfung s. Vaccination.
Impotentia coeundi, Zur Therapie der (Netschai-Grusewitsch) 479.
Impotenz, Elektrische Behandlung der (Althaus) 290.
Incontinentia urinae, Ein durch Massage geheilter Fall von (Bestschinsky) 290.
Infarkt des Rückenmarks bei Syphilis, Chronischer (Adamkiewicz) 53.
Inguinale Trichophytie (Frèche) 569.
Initialsklerose, Über die (Ward) 409.
—, Über die Multiplizität der (Sack) 409.
—, Zwei hintereinander bei demselben Individuum (Audry) 86.
—, Extragenitale 84. 85; (Schatteles) 33; (Hahn) 50.
— des Anus (Winfield) 85.
— am oberen Augenlide (Fuchs) 409.
— beider Brustwarzen (Sherwell) 85.
— am Kinn (Rille) 410.
— der behaarten Kopfhaut (Rille) 410.
— der Lippen (Morton) 85; (Ragnor) 85.
— der Nasenschleimhaut, Seltene Lokalisation der (Jacobi) 178.
— auf der rechten und linken grofsen Schamlippe bei einem kleinen Mädchen (Bogdan) 181.
— der Tonsille (Schwimmer) 562.
— auf der rechten Tonsille (Ledermann) 81.
— auf dem Unterarme (Aschner) 561.
— der Unterlippe (Morton) 85; (Winfield) 85.
— in der Vagina (Rille) 50.
— der Wange (Sherwell) 84.
Jod, Absorption von J. durch die Haut (Linossier und Lannois) 342.
Jodkalium, Kann dasselbe in der Syphilis durch Jodnatrium ersetzt werden? (Colombini und Simonelli) 254.
Jodoform, Absorption von J. durch die Haut (Linossier und Lannois) 342.
—, Intoleranz gegen (Capilongo) 343.
—, Eccema universale acutum als Folge von Empfindlichkeit gegen (Dressler) 355.
Jodoformkalomel in der Behandlung der Höhlenwunden (Sprengel) 343.
Jodothyrin, Psoriasis vulgaris behandelt mit (Paschkis und Grosz) 146.
Jodvergiftung, Schwere (Billard) 465.
Iridocyclitis fibrinosa und Keratitis parenchymatosa congenita, Syphilitische (Swoboda) 100.
Ischurie infolge von Prostatahypertrophie behandelt mit Kauterisation der Prostata vom Rectum aus (Negretto) 293.
Itrol (Argentum citricum purissimum), Behandlung der venerischen Geschwüre mit (Werler) 513.

Kakodylsäure, Exfoliative Erythrodermie nach Anwendung von (Lesné) 273.

Kalomelinjektionen, Phagedänisches Geschwür, gebessert mit intramuskulären (Gaston und Dominici) 274.
Karbolgangrän, Über (Czerny) 354.
Karbolgeschwüre (Du Castel) 238.
Karbunkel (O'Connor) 149; (Tomkins) 150; (Richardson) 150.
— Behandlung ohne Incision vermittelst Injektion von Sublimatlösung (Schalenkamp) 149.
— der Pest (Powell) 392.
Kastration wegen prostatischer Urinretention, Doppelseitige (Southam) 293.
— wegen Prostatahypertrophie (Charlton) 293; (Brownfield) 293; (Socin) 294; (Maidlow) 293.
— und Vasektomie bei Prostatavergrößerung (Brown) 132.
Kataphorese (Karfunkel) 509.
— als Heilverfahren für Sykosis coccogenes (vulgaris) und parasitaria (Ehrmann) 573.
Katheter, Neuer (Morton) 384.
—, Neue Sterilisatoren für elastische (Kutner) 242.
Katheterismus, Günstige Beeinflussung der Harnröhrenschleimhaut durch den (Guyon) 529.
—, Vereinfachte Technik des antiseptischen Selbst- (Guiard) 287.
— der Ureteren beim Weibe (Kolischer) 298.
— und Cystoskopie in der Diagnose der Nierenkrankheiten, Harnleiter- (Casper) 243.
Kathetersterilisation (Alapy) 33. 462.
— mit Glycerin (Wolff) 242.
Kathodenstrahlen, ihr Einfluß auf die Haut (Fuchs) 353.
Keratitis parenchymatosa und Iridocyclitis fibrinosa congenita, Syphilitische (Swoboda) 100.
Keratoma syphiliticum palmare (Billard) 464.
Keratosis der Hände und Füße und Hypertrophie der Nägel (Fox) 130.
— hypertrophica universalis (Schwimmer) 155.
Kerion u. Trichophytia barbae (Mackenzie) 131.
Kirtlands Abbildungen der geimpften Variola und der Vaccine vom Jahre 1802 (Pfeiffer) 97.
Knotige Gewächse unter den Augenlidern (Crocker) 130.
Koilonychia, eine seltene Deformität der Fingernägel (Heller) 241.
Komedonen und Aknepusteln, Behandlung der (Libersohn) 153.
Kompressivverbände bei Frostbeulen (Müller) 349.
Kongreß in Moskau, XII. internationaler medizinischer 54.
Kongreß, Rückblick auf den Moskauer (Sack) 493.
Kraurosis vulvae (Pichevin u. Pettit) 465.
— infolge von Pruritus introitus vaginae et perinei (Róna) 627.
Krebs s. Carcinoma.
Krebsantitoxin (Beale) 187.
Krebsartige Cysten der Brust (Symonds) 188.
Krebsoperationen, Objekte und Grenzen der (Cheyne) 187.
Krebstoxine, Hämolytische Wirkung der; Blut und Urin von Carcinomatösen (Castelli) 187.
Kryptorchismus (Lockwood) 171.
Krystallbildungen im männlichen Geschlechtsapparat (Lubarsch) 106.
Kuhpockenepidemie mit Übertragung auf den Menschen (Kaempffer) 399.

Lanolinimpfstoff (King) 400.
Laryngitis leprosa (De la Sota y Lastra) 38.
Leberhypertrophie mit chronischem Ikterus und Hypertrophie der Milz (Hanos) 104.
Lepra (Speranski) 561; (v. Bergmann) 183; Lepra? Myxödem? (Lassar) 81.
—, Ein Fall von (Audry) 465.
—, Ein ungewöhnlicher Fall von (Pellizzari) 403.
—, Bemerkungen zu einem Falle von (Blaschko) 136.
— bei einem Bretonen (Long und Valency) 462.
— anaesthetica et maculosa (Reynolds) 137.
— incompleta (Crespin) 463.
— Geheilte knotige (Crocker) 131.
— mutilans 57.
— nervosa 57.
— viscerum (Joseph) 237.
— und Syringomelie (Laehr) 404.
— in der Bretagne (Hallopeau) 29.
— und ihre Ausbreitung in Europa, Ursache der (Grossmann) 402.
— in Holland und seinen Kolonien (Broes van Dort) 37.
— in der Kapkolonie (Todd) 403.
— in Surinam einst und jetzt (Broes van Dort) 514.
—, Die römische Kirche und die Leprakranken von Columbia (Ashmead) 403.
—, Untersuchungen über (Klingmüller und Weber) 491; (English) 402.
—, Epidemiologische Untersuchungen über die L. und den ätiologischen Zusammenhang ihrer Einzelerkrankungen (Lohk) 388.

Lepra, Vorhandensein des Hansenschen Bacillus in gewissen Absonderungen der Leprösen (Gravagna) 403.
— Klinische Beobachtungen an zwei Leprösen (Brieger) 136.
—, Einfluſs akuter spezifischer Krankheiten auf die (Todd) 137.
—, Zur Differentialdiagnose der (Brasch) 135.
—, Das neue isländische Gesetz zur Einschränkung der 405.
—, Zur Bekämpfung der (Jansen und Sederholm) 402.
—, Zur Unterbringung der Leprösen (Blaschko) 405.
—, Vielversprechende Behandlung der (Crocker) 137.
—, Airol bei (Fornara) 405.
Leprabacillen (Ustinow) 30.
Lepra- und Tuberkelbacillen, Fettgehalt der (Unna) 340.
Lepracarcinom (Blaschko) 82.
Leprachronik der Klinik zu Rom (Campana) 523.
Lepralonferenz, Internationale wissenschaftliche 446. 500. 550.
Leprapräparate (Buchholtz) 457.
Leprose Laryngitis (De la Sota y Lastra) 38.
Leprome, Histologie der (Audry) 465.
Leukaemia cutis (Nékám) 625.
Leukoderma, Melanoderma mit symmetrischen Flecken von (Hawthorne) 653.
—, Fast universelles (Jewett) 134.
— syphiliticum (Dreysel) 100; (Hjelman) 514.
Leukoplakia vesicae (Brick) 531.
Lichen planus 57; (Pringle) 170.
— — universalis, Behandlung des (Morris) 153.
— —, Traumatischer (West) 30.
— —, Ungewöhnliche Form von (Cavafy) 130.
— ruber acuminatus [Pityriasis rubra pilaris] (Török) 31. 278; (Orlow) 561.
— — planus und acuminatus (Basch) 32; (Limont) 153; (Palm) 234.
— — — et corneus (Justus) 127.
— papulo-oedematosus (Schwimmer) 279. 563.
— spinulosus (Pringle) 168.
— syphiliticus 234.
— Wilson mit vorherrschenden akuminierten Elementen und eigentümlicher Hyperchromie (Hallopeau und Poulain) 237.
— urticatus (Oestreicher) 79.
Lichenisation 129.
Lichenoides und psoriasiformes Exanthem (Juliusberg) 633.
Licht, Einfluſs desselben auf die Haut (Bowles) 247.
Lichtstrahlen in der Medizin, Anwendung koncentrierter chemischer (Finsen) 471.
Lipom des Handtellers (Margrave) 191.
Lipome des Dammes (Lejars) 88.
—, Multiple (Bidwell) 191; (Sinizin) 191.
—, Multiple symmetrische (Bayet) 648.
Lippenschanker (Morton) 85; (Ragnor) 85.
Lithiasis im Kindesalter (Schweiger) 202.
—, Hoher Blasenschnitt bei (Johnson) 202.
Lungenembolien nach Injektionen ungelöster Quecksilberpräparate, Häufigkeit der (Epstein) 388.
— bei Paraffininjektionen (Harttung) 284.
Lungensyphilis (Polain) 103.
Lupus erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— follicularis disseminatus oder Acne teleangiectodes (Finger) 405.
— hypertrophicus (Arning) 458.
— tumidus 30.
— vulgaris disseminatus (Török) 276.
— —, Ungewöhnlicher Fall von (Smith) 43.
— der oberen Extremität in disseminierten Herden (Dubois-Havenith) 138.
— am Gesäſs (Morton) 334.
— der Uvula (Hill) 171.
— und Erysypel, Ein Fall von (Schwimmer) 562.
—, Ergebnisse der Behandlung des (Lang) 406.
—, Chirurgische Behandlung des (Popper) 39.
— seine Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Thierschschen Transplantationsmethode (Fabry) 174.
—, Chirurgische Rhinoplastik nach (Finny) 408.
—, Behandlung durch Elektrolyse (Ravogli) 407.
—, Heilung eines intranasalen L. durch Guajakolvasogen (Bergeat) 408.
— geheilt mit Thyreoidextrakt (Marson) 139; (Barclay) 407.
— Tuberkulin bei (Campana) 407; (Mayer) 620.
Lupuscarcinom (Blaschko) 82.
Lymphadenie der Haut (Immermann) 647.
Lymphadenoma und andere krankhafte Geschwülste (Spencer) 192.
Lymphangiektasien der Gesichtshaut, Spontane (Balzer und Griffon) 28.
Lymphangioma in der Kindheit, Cystisches (D'Arcy Power) 192.
Lymphangitis suppurativa des Penis im Verlaufe eines Trippers (Billard) 464.

Lymphe, keimfreie (Neidhardt) 400.
Lymphgefäfse der Blase (Gerota) 531.
Lymphorrhagie, Subcutane traumatische (Fiebiger) 356.

Madurafufs und Aktinomykose (Unna) 577.
Mageninhalt, Analyse des (Lassar-Cohn) 473.
Mal de Pinto (Lier) 463.
Malaria, Prognostischer Wert des Herpes bei den Fieberattacken der (Powell) 391.
Malleus, Akuter (Forestier) 416.
Masern s. Morbillen.
Mafse zur genauen einheitlichen Beschreibung von Hautefflorescenzen (Allen) 628.
Maul- und Klauenseuche, Zur Frage der Übertragung auf den Menschen (Bussenius und Siegel) 576.
Medikamente, Ausnahmen der Gesetze über Intoleranz des Organismus gegen (Morel-Lavallée) 274.
Medikamentöse Dermatosen (Jadassohn) 353.
Melanoderma mit symmetrischen Flecken von Leukoderma bei Addisonscher Krankheit (Hawthorne) 653.
— bei innerlichem Gebrauche von Arsen (Holsti) 193.
Melanosarkom mit Melanurie, Multiples (Tietze) 156.
Melanosis, begleitet von mäfsiger Akanthosis (Roberts) 43.
— arsenicalis (Orbäk) 193.
— bei melanotischem Sarkom, Hochgradige allgemeine (Mehrer) 650.
Melanurie, Multiples Melanosarkom (Pietze) 156.
Meleda, Mal de (v. Zderas u. Ehlers) 387.
Meledakrankheit (Ehlers) 239.
Meningomyelitis syphilitica (Ellingen) 39.
Menstruationsstörungen und Nebennierenerkrankungen (Schmey) 194.
Methylviolett und seine Anwendung bei malignen Erkrankungen (Griffith-Davis) 644.
Milch und epidemische Hautkrankheit (Copeman) 144.
Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
— fibrosum bei einem Neger (Gilchrist) 525.
Molluscumkörperchen, Übertragbarkeit der (Casagrandi) 189.
Monilithrix (Fox) 168.
Morbillen 92.
— bei den Tieren (Behla) 93.
Morbillen in den Schulen (Caspar) 361.
— unter den Haustieren (Behla) 361.
— mit Pneumonie, gefolgt von Scharlach und Diphtherie (Atkins) 361.
—, Akute aufsteigende Myelitis als Komplikation von (Ellison) 361.
— -Recidive (Feltz) 361.
—, Warme Bäder bei (Rix) 362.
—, Prophylaxe der (Caspar) 362.
—, Konvulsionen und Phlebitis bei (Mackey) 362.
Morbillenähnliches Exanthem nach der Vaccination (Stumpf) 398.
Morbus Addisonii s. Addisonsche Krankheit.
— maculosus Werlhofii (Havas) 279.
Morsura unguium als Symptom einer Asphyxie locale des extrémités (Pospelow) 562.
Morvansche Krankheit (Marinesco) 358.
Muskelgummata in der Halsmuskulatur, Cirkumskripte (Eger) 475.
Myelitis bei Syphilis und gleichzeitiger Brightscher Niere (Iversen) 87.
Mykosis fungoides (Mayer) 80; (Crocker) 130; (Hodara) 150; (Dubreuilh) 576; (Crull) 576.
—, Vierte Bemerkung über einen Fall von (Hallopeau, Bureau u. Weil) 29.
— mit akuten polymorphen Läsionen ohne Vorstadium (Besnier u. Hallopeau) 274.
—, Psoriasis, Ekzem und (Galli) 289.
Myxödem (Guthrie) 199.
—, Mitteilung über den ersten mit Thyreoidextrakt geheilten Fall (Murray) 199.
— nach dem Verschwinden einer vergröfserten Schilddrüse (Smith) 198.

Nackenkeloid, Histologie und Ätiologie des (Secchi) 466.
Naevi lineares (Röhrig) 622.
—, Epithelfaserung während der Entwickelung der alveolären Carcinome und der weichen (Hodara) 205.
— vasculares, Behandlung der (Barthélemy) 274.
Naevo-Carcinom (Tailhefer) 87.
Naevus linearis (Morrow) 566.
— pilosus pigmentosus congenitus extensus (Bircher) 631.
—, Tierfellähnlicher (Unna) 621.
— pilosus vorticosus Mayer) 80.
— pigmentosus (Banneman) 580.
— — piliferus, Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von (Freund) 580. 581.

Naevus vascularis planus durch negative Elektrolyse behandelt (Brocq) 273.
Naftalan (Isaac) 344.
Nagel, Zur Morphologie des (Vigener) 338.
Nagelerkrankung, Eigentümliche (Heller) 81.
Narbenkeloide (Shiwult) 30.
Nase, Ungeheure Hypertrophie der (Bogdan) 181.
Nebenhoden, Ein Fall von angeborener Verlagerung des (Bajardi) 583.
Nebenniere und die Ursache der Addisonschen Krankheit (Auld) 194.
—, Zur Physiologie der (Mühlmann) 194.
Nebennierenerkrankungen und Menstruationsstörungen (Schmey) 194.
Nephritis im frühen Stadium der Syphilis (Fordyce) 44.
Neurasthenie, Sexuelle (Grosglik) 243.
Neurodermitis papulosa pigmentosa (Schwimmer) 127.
Neurofibromatosis (Feindel) 650; (Delore) 650.
— und Tumoren in Beziehung zu Nerven (Thomsen) 649.
Neurolepride, Zwei Fälle von (Hodara) 61.
Neu-Tuberkulin (Lassar) 235. 242.
— bei Lupus (Mayer) 620.
Nikotianaseife (Taenzer) 344.
Noma infolge von Syphilis (Pantaleone) 522.
Nosophen in der Dermatotherapie (Ehrmann) 344.

Oberlippe, Seborrhoe der (Morton) 334.
Ödem 66. 129.
—, Angioneurotisches (Yarian) 348.
Ödeme, Die nervösen und arthritischen (Potain) 347.
— verschiedenen Ursprunges, Harnabsonderung, Haut- und Lungenausscheidung zur Tag- und Nachtzeit bei (Iljisch) 347.
Onanie und Irrsinn, Die Beziehungen zwischen (Goodner) 585.
Operationscystoskop, Modifikationen desselben (Nitze) 242.
Ophthalmia neonatorum (Ferguson) 302.
Orchitis und Epididymitis, Eine neue Behandlung der (Tuttle) 568.
— und Parotitis, Wechselbeziehungen zwischen (Aronson) 292; (Duncan und Galt) 651.
Organtherapie und Addisonsche Krankheit (Schilling) 651; (Tonoli) 651.
Oxalurie (Ouchterlony) 297.
Oxalurie und excessive Harnsäureausscheidung in Beziehung zu Entzündungen und Störungen im Urogenitalapparate (Lewis) 394.

Pagets Krankheit der Brustwarze (Clarke) 646.
Paraffininjektionen, Lungenembolien bei (Harttung) 284.
Paralyse im Kindesalter, Progressive (Barthélemy) 275.
Pariser Briefe (Beck) 229.
Parotitis und Orchitis, Wechselbeziehungen zwischen (Aronson) 292.
Pemphigoide Eruption bei Syringomyelie (Campana) 572.
Pemphigus, Beitrag zur Lehre vom (Westberg) 570.
— von neunjähriger Dauer bei einer Frau (Fox) 390.
— der Schleimhäute, Chronischer (Thost) 147.
— Akuter (Eden Paul) 572; (Jonsson) 572.
— foliaceus, Fall von geheiltem (Hall) 148.
— — oder Dermatitis herpetiformis Duhring? (Biddle) 46.
— malignus (Arning) 237.
— neonatorum (Hauck) 571.
— vegetans (Herxheimer) 182; (Ludwig) 572; (Neumann) 573.
—, Stoffwechseluntersuchungen bei (Stüve) 182.
— vulgaris vegetans mit besonderer Berücksichtigung der Blasenbildung und der elastischen Fasern (Luithlen) 282.
— und Dermatitis exfoliativa (Foxwell) 147.
— Beziehungen der Dermatitis herpetiformis zum Erythema multiforme und zum (Duhring) 359.
Pemphigusblasen, Anatomie und Pathogenese der (Kromayer) 240.
Peliosis rheumatica Schönlein, Salipyrin Riedel bei (Mühlbauer) 350.
Penis, Lymphangitis suppurativa des P. im Verlaufe eines Trippers (Billard) 464.
—, Epitheliom des (Morton) 84; (Mercière) 465.
—, Zufällige Verätzung des (Allen) 583.
Pergamentleprom 66.
Perinealer Wegweiser (Guiteras) 47.
Periproctitis blennorrhoica (Huber) 586.
Periurethrale Abscesse infolge von Blennorrhoe (Stanziale) 597.
— und Prostatitis blennorrhoica (Ehrmann) 306.
Pferdepocken (Galloway) 130.

Pflanzenfaserseife (Ubrigin) zur Desinfektion der Hände (van Niessen) 345.
Pflasterpapiere (Herxheimer) 182.
Phagedänisches Geschwür mit Elephantiasis des Fufses bei einer Tuberkulösen; rasche Besserung durch intramuskuläre Kalomelinjektionen (Gaston und Dominici) 274.
Phagedaenismus tropicus, Zur Behandlung des (Rasch) 153.
Pharmazeutische Notizen (Skinner) 44.
Phimosis traumatischen Ursprunges (Page) 45.
Phlebitis bei Masern, Konvulsionen und (Mackey) 362.
Phlyktänöses Exanthem, Symptomatisches (Campana) 358.
Pigment in Haut und Haar des Negers (Abel und Davis) 339.
Pigmentation und Ulceration der Fufssohle, Eigentümliche (Galloway) 131.
—, Allgemeine (Galloway) 168.
— um die Augen (Justus) 275.
— bei einem Epileptiker, Starkjuckende (Ledermann) 80.
Pigmentbildung, Über Urticaria mit (Róna) 282.
Pigmentfrage, Zur (Kromayer) 175.
Pigmentsarkom der Haut (Steiner) 186.
Pigmentsyphilis (De Beurmann) 101.
Pikrinsäure bei entzündlichen Hautaffektionen (Maclennan) 345.
Pityriasis rubra 130.
— — pilaris [Lichen ruber acuminatus] (Török) 31; (Perry) 170.
— — -Präparate (Török) 278.
— versicolor, Ein seltener Fall von (Smith) 580.
Platysma myoides bei einem Geisteskranken, Abnorme Entwickelung des (Mirto) 480.
Pocken s. Variola.
Pockenimpfung s. Vaccination.
Polyneuritis mit multiplen schwielenartigen Granulationsgeschwülsten der Haut (Fraenkel) 359.
Polypöse Gewächse aus der Blase zu entfernen, Neue Methode (Chismore) 395.
Porokeratosis (Joseph) 172.
— oder Hyperkeratosis excentrica [Respighi] (Gilchrist) 628.
Porrigo 27.
— favosa 27.
Praeputium, Folgezustände eines zu kurzen Frenulum des (Loumeau) 528.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Prolaps der weiblichen Urethralschleimhaut (Kushew) 299.
Prostata, nebst Cysten des Peritonealraums und der Leber, Ein Fall von Hydatidencyste der (Winterberg) 587.
Prostata bei einem Hunde, Carcinom der (Rouville) 587.
—, Massage der (Gardner) 592.
—, Syphilis der (Rochon) 415.
—, Tuberkulöse Nekrose der (Fuller) 524.
Prostatahypertrophie (Hottinger) 587.
—, Behandlung der (Richter) 292.
—, Kritisch experimentelle Beiträge zur modernen Behandlung der (Sackur) 292; (Casper) 245.
—, Operative Behandlung der (Mac Ewan) 588; (Allina) 588; (Petit) 589; (Herold) 590.
—, Die galvanokaustische Radikalbehandlung nach Bottini (Freudenberg) 591.
—, Wert der Kastration (Beck) 246. 515.
— behandelt mit doppelseitiger Kastration (Southam) 293; (Charlton) 293; (Maidlow) 293; (Brownfield) 293; (Socin) 294.
—, Kastration und Vasektomie bei (Brown) 132.
—, Resektion der Vasa deferentia bei (Nové-Josserand) 294; (Kohl) 294; (Herold) 590; (Koehler) 590.
— behandelt durch Einschneiden und doppeltes Unterbinden der Samenleiter (Isnardi) 591.
—, Radikalkur der Ischurie infolge von P. durch Kauterisation der Prostata vom Rectum aus (Negretto) 293.
Prostatabeschwerden und Blasensteine (Harrison) 583. 584.
Prostatectomia suprapubica mit Ausgang in Heilung (Robson) 246.
—, Zwei erfolgreiche Fälle von (Hotchkiss) 591.
Prostatiker, Über die hypogastrische Öffnung bei (Bazy) 587.
— Ambulatorisch mit dem Verweilkatheter behandelt (Bazy) 588.
Prostatitis blennorrhoica und periurethrale Abscesse (Ehrmann) 306.
— chronica (Grosglik) 243.
Prostituierten, Lokalisation der Blennorrhoe bei den (Lichatschew und Orlow) 83.
—, Statistische Beiträge zur Blennorrhoe der (Lappe) 593.
Prostitution und Psychopathie, Weibliche Kriminalität, (Moraglia) 643.
—, Syphilis (Sperk) 50.
Protargol, Behandlung der akuten Blennorrhoe mit prolongierten Injektionen von (Neisser) 634.
Protoplasma, Neuer Apparat zur Untersuchung der Kontraktilität des (Morrihy) 339.
Protoplasmafasern. Bleiben die P. in der Körnerschicht der Oberhaut. erhalten (Rabl) 505.

Protozoen und Blastomyceten, Vergleichung mit Parasiten bei Hautkrankheiten (Gilchrist) 525.
Protozoen-(Coccidien-)Infektion der Haut und anderer Organe (Rixford und Gilchrist) 525.
Prurigo 58.
— simplex, Prurigo Hebrae und Urticaria (Brocq) 358.
Pruritus ani, behandelt mit Kollodium (Samways) 579.
— introitus vaginae et perinei, Kraurosis vulvae infolge von (Róna) 627.
— partialis 371.
— senilis 57.
— vulvae 371.
Pseudoatrophia cutis (Ledermann) 620.
Pseudokomedonen und fehlerhafte Epidermisation (Audry) 86.
Pseudoleukämie mit spezifischer Erkrankung der Haut (Pfeiffer) 646.
Pseudo-Lupus vulgaris, zurückzuführen auf die Anwesenheit und das Wachstum eines Blastomyceten (Gilchrist) 629.
Psoriasiformes und lichenoides Exanthem (Juliusberg) 633.
Psoriasis 58.
— atypica (Róna) 145.
—, Exfoliative Erythrodermie im Verlaufe einer mit Kakodylsäure behandelten (Lesné) 273.
— der Fingernägel, Primäre und ausschliefsliche (Billard) 181.
—, Ekzem, Mykosis fungoides (Galli) 289.
— und Herpes zoster (Rebreyrend und Lombard) 146.
— nach traumatischer Basisfraktur (Berger) 79.
— rupioides (Mackenzie) 131.
— vulgaris (Glawsche) 30.
—, Behandlung mit Jodothyrin (Paschkis und Grosz) 146.
— — mit Kakodylsäure (Danlos) 28.
—, Caustica und Massage bei der Behandlung der (Breda) 467.
Psorospermosis cutanea vegetans (De Amicis) 149.
— (Darier), Keratosis hypertrophica universalis (Schwimmer) 155.
Pudenda, Bemerkungen über das ulcerierende Granuloma der (Daniels) 391.
Purpura fulminans, Zweijähriges Kind mit (Goerges) 350.
— haemorrhagica mit rapidem, letalem Verlaufe (Russell) 350.
— —, Beitrag zur Ätiologie der (Guicciardi) 254.
Pyelitis, Pseudomembranöse (Rovsing) 242.
Pyodermie, Eccematiforme (Gaston) 273.
Quecksilber bei Syphilis, Metallisches (Anuschat) 143.
Quecksilberbehandlung und Tuberkulose (Fournier) 28.
— bei Syphilis, Wert der frühzeitigen (Colombini und Simonelli) 141.
Quecksilbereinreibungen, Ausschläge nach (Taylor) 390.
Quecksilbereinspritzungen, Technik der (D'Aulney) 464.
Quecksilberoxyd, Ulcus cruris varicosum behandelt mit (Schalenkamp) 195.
Quecksilberpräparate, Häufigkeit der Lungenembolien nach Injektionen ungelöster (Epstein) 388.
Quecksilbersalbe, Einfache kräftige Methode der Anwendung von (Welander) 388.
—, Einverleibung verschiedener Q. in die Haut (Müller) 182.
Quellsalzseifen und die Anwendung derselben bei Hautkrankheiten (Bardach) 177.
Rachitis und Syphilis und Rachitis der Tiere (Haucheume) 458.
Rectalblennorrhoe des Weibes (Baer) 182.
Recto-Urethralfistel, Neues operatives Verfahren bei (Fuller) 45.
Reinfektion (Koller) 234.
Reizerscheinungen der Haut, Klinische und experimentelle Untersuchungen über einige (Freccero) 289.
Repetitorium der Chemie (Arnold) 643.
Resorcinschwarten, Befunde in (Beck) 601.
Retentio urinae, Zur Beseitigung der (Bradin) 257.
Retentionscysten der Cowperschen Drüsen als Ursache chronischer Urethritis, spasmodischer und organischer Strikturen und Urinextravasation (Fenwick) 107.
Rhachitis s. Rachitis.
Rheumarthritis blennorrhoica mit tödlichem Ausgang (Hawkins) 303.
Rhinosklerom 158.
—, Behandlung des (Lichatscheff) 30.
Riesenpapillom nicht blennorrhoischer Ursache (Róna) 300.
Röntgenprospekt, Neuer (Reiniger, Gebbert und Schall) 656.
Röntgensche Strahlen, Veränderungen an der Haut und den Eingeweiden nach Durchleuchtung mit (Oudin, Barthélemy und Darier) 417.
—, Fortschritte auf dem Gebiete der (Deycke und Albers-Schönberg) 656.
—, Die Folgen der (Reid) 352.

Röntgensche Strahlen, Schädliche Wirkung der (Lannelongue) 352.
— —, Einwirkung auf die normale Haut und den Haarboden (Forster) 352.
— —, Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit (Marcuse) 353.
— —, Dermatitis verursacht durch (Drury) 353.
— —, Einfluſs auf die Haut (Fuchs) 353.
— —, Naevus pigmentosus piliferus behandelt mit (Freund) 580. 581.
— — beim Studium eines Falles von Rheumatismus deformans mit Tripperursprung, Verwendung der (Achard) 597.
Röteln sind eine spezifische Krankheit (Bromlee) 363.
—, Epidemisches Auftreten der (Brownlee und Marshall) 363.
Rosacea 371.
Rotz s. Malleus.
Rubeolen 92.

Salipyrin Riedel bei Peliosis rheumatica Schönlein (Mühlbauer) 350.
—, Schweres Exanthem nach Gebrauch von (Schmey) 355.
Salivation und Stomatitis, Pathogenese der merkuriellen (Lanz) 183.
Samenbläschenentzündung, Pseudomembranöse, mit dem Bacillus coli; nachfolgende Entzündung des Nebenhodens und der Tunia vaginalis (Noguès) 288.
Samenstranges, Hydrocele communicans des (Feleki) 563.
—, Maligner Tumor des (Morgan) 291.
Sarcoma cutis multiplex (Fokin) 83.
—, Hochgradige allgemeine Melanose bei melanotischem (Mehrer) 650.
— idiopathicum pigmentosum multiplex cutis, Zehn Fälle des (Semenow) 539.
— des Testikels auf traumatischer Basis (Rovsing) 291.
Sarcomatosis cutis (De Amicis) 309; (Tandler) 630.
Sarkoptesparasit, Ein neuer menschlicher (Menger) 469.
Sauerstoffgas bei der Wundbehandlung (Stoker) 345.
Scarlatina 92.
— (Napier) 333.
— Diagnose (Armstrong) 359.
—, Incubationszeit der (Behrendt) 93.
— fragmentaria 360.
—, „Heimkehr"-Rückfälle bei (Niven) 360.
—, Gelenkaffektion bei (Marsden) 93; (Salman) 360.
—, Nephritis bei (Levy) 360.
Scarlatina, Versuche von Serumtherapie bei (Josias) 361.
Scarlatinaähnliche Ausschläge nach Operationen oder Traumen (Packard) 349.
—Exanthem nach der Vaccination (Stumpf) 398.
— Fälle in Fulham (Lee) 360.
Schanker, Harter, s. Initialsklerose.
—, weicher, s. Ulcus molle.
Schilddrüse s. Thyreoidea.
Schleimhauterkrankungen, Wasserstoffsuperoxyd bei (Horowitz) 346.
Schmierkur, ihre Wandlungen und neuesten Modifikationen (Frey) 478.
Schwielenartige Granulationsgeschwülste der Haut, Polyneuritis mit multiplen (Fraenkel) 359.
Scrophulide 171.
— Kleine, pustulöse, akneiforme (Morris) 169.
Scrophuloderma 158. 171.
—, ähnlich Epithelioma (Schwimmer) 278.
Scrotalhöhle, Über die Abtragung der Tunica vaginalis testis und die künstliche Obliteration der (Alessandri) 586.
Scrotum, Verkalktes Epitheliom des (Penne) 462.
—, Enormes Fibrom des (Gauthier) 580.
Seborrhoea 603. 604. 605.
— oleosa 606.
— und ihre Folgeerscheinungen (Roberts) 247.
— Kahlheit und Alopecia areata (Sabouraud) 164.
— der Oberlippe (Morton) 334.
Selbst-Katheterismus, Vereinfachte Technik des antiseptischen (Guiard) 287.
Serum, Marmorekesches S. gewährt den Kaninchen keine Immunität gegen den Erysipelstreptococcus (Courmont) 575.
— bei Verbrennungen, Injektion von (Tommasoli) 57.
Serumtherapie bei Scarlatina (Josias) 361.
Sexuelle Neurasthenie (Grosglik) 243.
Sklerodaktylie, Ein Fall von (Stephan) 656.
Sklerodermie (Arning) 458; (Engelmann) 655; (Plonski) 621.
—, Lokalisierte (Pringle) 131.
— beider Beine, seit 30 Jahren bestehend (Ledermann) 81.
— en plaques, Ungewohnte Form von (Darier und Gaston) 179.
— bei progressiver Muskelatrophie, Multiple umschriebene (Elliot) 45.
Skrophulide s. Scrophulide.
Smegma- und Tuberkelbacillen (Bunge und Trautenroth) 341.
Somatose (Audhoui) 346.
Sommerprurigo (Eddowes) 171.

Sondierung der verengten Harnröhre, Letaler Ausgang nach (Zuckerkandl) 530.
Soor der Harnblase (v. Frisch) 202.
Spermatozoen in gewissen chronischen Urethralausflüssen (Guépin) 107.
Spinnenzellen 63.
Stauungsdermatosen 371.
Sterilisation elastischer Katheter mittelst Formaldehyddämpfen (Oppler) 106.
Sterilisatoren für elastische Katheter und andere urologische Instrumente, Neue (Kutner) 242.
Sterilisierung weicher und elastischer Katheter mit Glycerin (Wolff) 242.
Stoffwechsel, Einfluſs der Hautnerven auf den (Vollmer und Aschoff) 282.
—, Einfluſs des kohlensauren Kalkes auf den (Strauss) 182.
Stoffwechseluntersuchung bei einem Falle von Pemphigus vegetans (Stüve) 182.
Stomatitis aphtosa (Levi) 576.
— und Salivation, Pathogenese der merkuriellen (Lanz) 183.
Streifzüge, Historische (Cohn) 545.
Streptokokkenkulturen, Maligne Tumoren behandelt mit (v. Sematzki) 644; (Roncali) 644.
Strictura der Ureteren, Kongenitale (Pitt) 298.
— der Urethra mit Harnröhrenstein, Kongenitale (Loumeau) 199.
— der perinealen Harnröhre bei einem Syphilitiker 105.
— der Pars membranacea urethrae, Traumatische (Delbet) 253; (Bazy) 392. 529.
—, Retentionscysten der Cowperschen Drüsen als Ursache chronischer Urethritis, spasmodischer und organischer (Fenwick) 107.
—, Urinabscefs infolge urethraler (Ravogli) 108.
— Behandlung der (Wyeth) 132.
— behandelt mittelst Elektrolyse (Howland) 468; (Lang) 529.
—, Zur Behandlung der undurchdringlichen (Dobrochotow) 108.
—, Bequemes Verfahren zur Erweiterung der (Gerson) 108.
— Gefahren der plötzlichen, forcierten Erweiterung der Harnröhre bei (Beckett) 199.
Ströme mit hoher Frequenz, Therapeutische Verwendung der (Oudin) 343.
Suppositorien und eine Methode sie darzustellen (Lewin und Eschbaum) 346.
Suprarenalextrakt bei Morbus Addissonii (Francis) 195.
Suspensoriumersatz (Gerson) 618.
Sykosis 25.
— coccogenes (vulgaris) und parasitaria, Die Kataphorese als Heilverfahren für (Ehrmann) 573.
Syndrome 129.
Syphilid der Nasenspitze, Das pustulokrustöse (Ohmann-Dumesnil) 416.
— auf den Unterschenkeln, Gruppiertes kleinpapulöses (Justus) 127.
Syphilis (Rosenthal) 621.
— und syphilisähnliche Hautkrankheiten; Atlas für Studierende und Ärzte (Chotzen) 463. 643.
— -Contagium (v. Zeissl) 410.
— Primäraffekt der (Ward) 409.
— Extragenitale Infektion (Münchheimer) 386.
— Sklerose (Schatteles) 33; (Hahn) 50.
— Übertragung durch einen Säugling auf seine Amme (Hamonic) 88.
— insontium 84. 85.
— — (Lesser) 284.
—, Nichtvenerische (Robbins) 47.
—, Prostitution (Spork) 50.
—, Blutveränderungen der S. in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht (Justus) 129.
—, Eigentümliche spezifisch färbbare Gebilde in syphilitischen Produkten (Winkler) 411.
—, Welche Momente beeinflussen den Verlauf der (Taylor und Hyde) 627.
— capillaris (Adamkiewicz) 53.
— maligna (Frazier) 334; (Lagrange) 475; (Schwimmer) 623.
— mutilans des Gesichts (Billard) 464.
— papulosa universalis (Justus) 127.
— tuberosa (Wienfield) 135.
—, Allgemeine tuberöse (Philippson) 254.
—, Kreisförmige Fältelungen nach (Danlos) 28.
— des Larynx: Behandlung mit hochdosierten intramuskulären Sublimatinjektionen (Glueck) 416.
—, Doppelseitige Paralyse der Stimmbänder infolge von (Bunch) 103.
— in den oberen Luftwegen, ihre Wirkungen und örtlichen Erscheinungen (Fink) 473.
— des Nasenrückens, Ungewöhnliche Form von (Justus) 127.
— der Prostata (Rochon) 415.
—, Auftreten der Nephritis im frühen Stadium der (Fordyce) 44.
—, Noma infolge von (Pantaleone) 522.
—, Schnupfen bei acquirierter (Cooper) 103.
—, Ulnarisneuritis bei sekundärer (Bruusgaard) 54.
—, Aktinomykosis bei gleichzeitigem Vorhandensein von sekundärer (Pospelow) 82.
— und Rachitis der Tiere (Hauchcorne) 458.

Syphilis, Sekundäre, kombiniert mit Herpes zoster der Cervico-Humeralgegend (Morris) 168.
— als Grund gleichzeitiger schwerer Komplikationen beim Durchbruch des oberen und unteren Weisheitszahnes, Früher durchgemachte (Ritter) 101.
—, Ikterus und akute Leberatrophie im Verlaufe einer frischen (Bozzolo) 412.
— visceralis (Stolper) 101.
— des Herzens (Grassmann) 413; (Philips) 415.
—, Veränderungen in der Leber bei (Collan) 104.
— der Lunge (Polain) 103.
—, Ätiologie der tertiären (Lenz) 475.
—, Einfluſs der S. auf das plötzliche Eintreten alarmierender Störungen des Nervensystems (Steven) 474.
— des Gehirns, Augenaffektionen bei (Zimmermann) 54.
—, Verlust fast aller Augenwimpern im Anschluſs an (Iversenc) 87.
—, Rudimentäre ophthalmoskopische Stigmata der kongenitalen (Antonelli) 476.
— Augensyphilis mit Albuminurie (Berger) 100.
—, Parenchymatöse Keratitis bei der erworbenen (Trousseau) 413.
— bei gleichzeitig bestehender Brightscher Niere, Myelitis im Verlaufe einer (Iversenc) 87.
—, Gumma des Gehirns (Beadles) 54.
— cerebrospinalis und Tabes (Raymond) 474.
— —, Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und (Cassirer) 474.
— hereditaria (Gebert) 235; (von Düring) 476.
— —, Verfall an Geist und Körper (Bogdan) 180.
— —, Daktylitis syphilitica ossea (Gaucher und Barbe) 29.
— —, Extragenitale Infektion und fragliche (Aschner) 127.
— — und Tuberkulose (Hochsinger) 101.
— — tarda (Schwimmer) 126.
— im Kindesalter [hereditaria, acquisita, tarda] (Heubner) 48.
Syphilisbehandlung (Phillips) 43; (Metzerott) 141.
— und Balneotherapie (Neisser) 477.
—, Bedeutung der präventiven (Lang) 476.
—, Die chronisch intermittierende und ihre Gegner (Jessner) 140.
— Wert der frühzeitigen Quecksilberbehandlung (Colombini u. Simonelli) 141.
— Wert der hypodermatischen Injektionen (Hallopeau) 141.
Syphilisbehandlung mittelst Einspritzung löslicher und unlöslicher Quecksilberpräparate (Soffiantini) 487.
— mit intravenösen Quecksilberinjektionen (Lane) 479.
— mit Kaliumquecksilbersulfit (Waelsch) 142.
— mit Kalomelinjektionen (Asselbergs) 142.
—, Die subcutane Kalomelbehandlung der (Breda) 142.
—, Injektionstechnik bei der Behandlung der (Möller) 175.
— mit Hydrargyrum metallicum (Anuschat) 143.
— zur Wirkung des Jodkaliums in der Frühperiode (Baer) 142.
— Kann das Jodnatrium das Jodkalium in der S. ersetzen? (Colombini und Simonelli) 254.
— mit Serum (Barling) 142; (Gasser) 478.
— merkurialisierter Tiere (Tarnowsky und Jakowlew) 632.
Syphilisepidemie in Casatisma im Jahre 1895/96 (Masazza und Truffi) 466.
Syphilisübertragung auf die dritte Generation (Ogilvie) 518.
Syphilitiker, Erythema nodosum bei einem (Justus) 564.
—, Verengerung der perinealen Harnröhre bei einem 105.
— in der Tertiärperiode, Neue Serumtherapieversuche mit hydropischem Serum eines (Di Giovanni) 254.
Syphilitische Arteriitis der Aorta ascendens (Pye-Smith) 105.
— Arthritiden (Ponfick) 458.
— Erkrankungen des Auges (Gessner) 412.
— Gumma der Ciliargegend (Highet) 413.
— disseminierte Cerebrospinalsklerose (Bechterew) 52.
— Dactylitis ossea, Hereditäre (Gaucher und Barbe) 29.
— Epididymitis, Beitrag zur sekundären und gummösen (Melle) 636.
— Familie, Interessante Beobachtungen bei derselben (Solomon) 47.
— Folliculitis und Narben des Gesichts (Justus) 127.
— Framboesie (Plonski) 620.
— Veränderungen der Gehirnarterien (Stanziale) 636.
— Gelenkerkrankungen bei Kindern (Robinson) 140.
— Iritis, rasch geheilt durch intramuskuläre Sublimatinjektionen (Urbino) 100.
— Keratitis parenchymatosa und Iridocyclitis fibrinosa congenita (Swoboda) 100.
— Keratoma palmare (Billard) 464.
— Knochenaffektionen (Speranski) 82.

Syphilitische Stenose der Larynx (Codd) 103.
— Leukoderma (Dreysel) 100; (Hjelman) 514.
— Perforationen der Nasenknochen (Ohmann-Dumesnil) 415.
— Meningomyelitis (Ellingen) 39.
— Myokarditis (Rosenthal) 415.
— Nephritis (Döderlein) 139.
— Primäraffekt in der Vagina (Rille) 50.
— Säuglinge, Künstliche Ernährung derselben (Fournier) 475.
— Tabes, Zur Frage der (Storbeck) 53.
— —, Heilbare und stationäre Form (Adamkiewicz) 53.
—, chronischer Infarkt des Rückenmarks (Adamkiewicz) 53.
— Erkrankung des Testikels, Kongenitale (Robinson) 101.
— Ulcerationen der Haut (Ohmann-Dumesnil) 412.
— — des Pharynx (Ohmann-Dumesnil) 416.
Syringomyelie, Pemphigoide Eruption bei (Campana) 572.
— nach dem Morvanschen Typus (Gaston, Lesné und Dominici) 29.
— und Lepra (Laehr) 404.

Tabes dorsalis und die bei ihr auftretenden trophoneurotischen Veränderungen der Haut und anderer Organe (Kalischer) 240.
—, Trophische Kiefererkrankung infolge von (Rille) 51.
— und Herpes zoster (Westphal) 358.
— und Syphilis cerebrospinalis (Raymond) 474.
—, Syphilitische, heilbare und stationäre Form (Adamkiewicz) 53.
— - Syphilisfrage, Zur Richtigstellung und Abwehr der (Storbeck) 53.
Tertiärperiode, Neue Serumtherapieversuche mit hydropischem Serum eines Syphilitikers in der (Di Giovanni) 254.
Tertiarismus, kombiniert mit Tuberkulose, Früher (Vajda) 279.
Testikel, Carcinom des (Kanthack und Pigg) 585.
—, Gumma des (Pitts) 101.
—, Syphilitische Erkrankung des (Robinson) 101.
Testikelsarkom auf traumatischer Basis (Rovsing) 291.
Thyreoidea, Myxödem nach dem Verschwinden der vergrößerten (Smith) 198.
—, Tuberkulose der (Rolleston) 171.
Thyreoidektomie bei niederen Tieren (Murray) 199.
Thyreoidextrakt, Eccema, geheilt mit (Parker) 144.
—, Lupus, geheilt mit (Marson) 139; (Barclay) 407.
—, Myxödem, geheilt mit (Murray) 199.
Tinea Gruby [Sabouraud] (Sabouraud) 636.
Tinktion, Tinktorielle Präokkupation und subtraktive (Unna) 339.
Totalexstirpation der Blase wegen eines diffusen Tumors (Tuffier) 532.
Toxicität des Harns bei einigen Dermatosen (Colombini) 466.
Traumatol [Jodocrésine] (Schattenmann) 182.
Trichomykosis palmellina (Eisner) 510.
Trichophytia barbae mit Kerion (Mackenzie) 131.
— der behaarten Kopfhaut (Sheffield) 148.
— —, Formaldehyd gegen (Salter) 148.
— Inguinale (Frèche) 569
— und Favus (Müller) 570.
Trichorrhexis nodosa, Ätiologie der (Markusfeld) 655.
—, Zur Lehre von der Entstehung der (Richter) 197.
— barbae und ihr Erreger (Spiegler) 510.
Tripper s. Blennorrhoe.
Tripperrheumatismus deformans, Verwendung der Röntgenstrahlen beim Studium eines Falles von (Achard) 597.
Trophische Erkrankungen der Haut (Beron) 514.
Tuberculosis cutanea framboesioides disseminata (Jessner) 460.
— im Zusammenhang mit Hautkrankheiten, abgesehen von Lupus vulgaris (Hyde) 523.
— verrucosa cutis (Nikulin) 83; (Sack) 481.
— mit sekundärer tuberkulöser Lymphangitis (Morris) 132.
— der Schilddrüse (Rolleston) 171.
— und Syphilis congenita (Hochsinger) 101.
—, Früher Tertiarismus kombiniert mit (Vajda) 279.
—, Zoster als Vorläufer der 357.
—, Wert der Inokulationen bei der Diagnose der chirurgischen (Nannotti) 138.
— und Quecksilberbehandlung (Fournier) 28.
—, Subcutane Injektionen nach Durante bei den verschiedenen Formen der chirurgischen (Campanini) 139.
Tuberkel- und Smegmabacillen (Bunge und Trautenroth) 341.
— und Leprabacillen, Fettgehalt der (Unna) 340.
Tuberkulide, Erythemato-papulöse Form der (Hallopeau und Lafitte) 275.

Tuberkulin bei Lupus (Campana) 407.
Tuberkulöse Nekrose der Prostata (Fuller) 524.
— Urethritis (Seelig) 245.
— Wucherungen (Jewett) 134.
Tumor des Samenstranges, Maligner (Morgan) 291.
— an der Wange, Melanotischer (Plonski) 81.
Tumoren, Die Rolle der embryonalen „Reste" bei der Entstehung von (Williams) 343.
—, Maligne; Behandlung mit Streptokokkenkulturen (v. Sematzki) 644; (Roncali) 644.
— des Gesichts, Angeborene (Ewald) 648.
— in der Unterbauchgegend (Sheild) 168.
—, Neurofibromatosis und T. in Beziehung zu Nerven (Thomson) 649.
—, Chirurgisches Eingreifen bei (Albarran) 519.
—, Therapeutischer Wert einer Mischung der Toxine des Streptococcus erysipelatis und des Bacillus prodigiosus in der Behandlung inoperabler maligner (Coley) 188.
Tunica vaginalis bei der Behandlung der Hydrocele, Die Inversion der (Etiévant und Barral) 586.
— — testis und die künstliche Obliteration der Scrotalhöhle (Alessandri) 586.
Tysonsche Drüsen, Über die vermeintlichen (Sprunck) 528.

Ulcera mollia bei einem Krätzkranken, Dreizehn (Rey) 87.
— varicosa cruris (Desfosses) 653.
Ulceration der Fußsohle und eigentümliche Pigmentation (Galloway) 131.
Ulcerierendes Granuloma der Pudenda (Daniels) 891.
Ulcus cruris varicosum mittelst Quecksilberoxyds behandelt (Schalenkamp) 195.
— molle und Urethritis chronica (Mazzarino) 522.
— rodens am Vorderarm (Hutchinson jun.) 171.
— serpiginosum vulvae (Barbour) 299.
Ulerythema centrifugum (Crocker) 131; (Morton) 331.
— —, Ungewöhnlicher Fall von (Morton) 83.
— —, Pathologie des (Holder) 46.
— — greift die Schleimhäute an? (Roberts) 42.
Ureterenkatheter (Kolischer) 298.
Ureterenkatheterismus beim Weibe (Kolischer) 298.
— und die Cystoskopie (Mainzer) 105; (Casper) 243.
Uretherkatheterismus nach der Epicystotomie, Permanenter (Dasaro-Cao) 299.
Ureteritis cystica und Cystitis (Delbanco) 1.
Ureterstriktur, Kongenitale (Pitt) 298.
Urethra, Über Doppelbildung der männlichen (Stockmann) 518.
— mit Hypospadie, Kongenitale Dilatation der (Potarca) 108.
— Kongenitale Verengerung derselben mit Harnröhrenstein (Loumeau) 199.
—, Hutnadel in der (Garman) 107.
—, Die langsam eintretende traumatische Verengerung der membranösen (Bazy) 392.
—, Traumatische Verengerung der membranösen (Delbet) 253.
—, Hochgradige Striktur infolge einer im Kindesalter acquirierten Blennorrhoe (Aschner) 280.
— bei einem Syphilitiker, Striktur der perinealen 105.
—, Gefahren der forcierten, plötzlichen Dilatation bei Striktur der (Beckett) 199.
—, Letaler Ausgang nach Sondierung der verengten (Zuckerkandl) 530.
—, Die Therapie der akuten Blennorrhoe der (Finger) 306.
—, Blennorrhe, geheilt mit gasartig in der U. verdunstenden Substanzen (Güntz) 308.
—, Elektrolyse bei ernsten Strikturen in der hinteren (McGowan) 468.
—, Gute Resultate nach Resektion der (Fuller) 200.
Urethralausflüssen, Spermatozoen in gewissen chronischen (Guépin) 107.
Urethralblennorrhoe und ihrer Komplikationen, Zur Therapie der (Ehrmann) 306.
Urethralfistel, Rectale (Fuller) 45.
Urethralschleimhaut, Prolaps der weiblichen (Kushew) 299.
Urethralsonden, Ein neues System der Verbindung für ganz feine (Gourdet) 522.
Urethralstein, Eingeklemmter (Kutner 528.
Urethritis chronica und Ulcus molle (Mazzarino) 522.
— tuberculosa (Seelig) 245.
—, Retentionscysten der Cowperschen Drüsen als Ursache chronischer (Fenwick) 107.
Urethro-Rectalfisteln (Tuttle) 516. 517.
Urethrotomia externa bei einem Kinde nebst anderen Fällen (Hammond) 528.
Urinabsceſs infolge urethraler Striktur (Ravogli) 108.
Urinentleerung, Schmerzen und Beschwerden bei der (Morton) 84.
Urinextravasation, Retentionscysten der Cowperschen Drüsen als Ursache chronischer Urethritis, spasmodischer und

organischer Strikturen und (Fenwick) 107.
Urogenitalapparat, Oxalurie und excessive Harnsäureausscheidung in Beziehung zu Entzündungen und Störungen im (Lewis) 394.
Urologische Instrumente, Sterilisatoren für (Kutner) 242.
Urticaria. Chronische recidivierende (Balzer und Griffon) 273.
— mit Pigmentbildung (Róna) 282.
— pigmentosa (Galloway) 131.
—, Prurigo simplex und Prurigo Hebrae (Brocq) 358.
— der Respirationswege (Delbrel) 348.
Uvula, Lupus der (Hill) 171.

Vaccinale Erytheme nach der Vaccination (Stumpf) 398.
Vaccination, Animale (Hime) 399.
—, Pathologie der (Fürst) 471.
—, Zur Geschichte der (Ebstein) 363.
— im Königreiche Bayern im Jahre 1895, Ergebnisse der (Stumpf) 398.
—, Bericht über die im Jahre 1895 erschienenen Schriften (Voigt) 97.
—, Bericht der königlichen Kommission für 400.
—, Ein Fall von papulösem Erythem nach (Fox) 99.
—, Sicherste Methode bei der (Jorissenne) 400.
— und Revaccination mit animaler Lymphe (Drysdale) 98.
— und Variola in Afrika (Schön) 94.
—, Zufällige (Abraham) 98.
Vaccinationen bei Greisen (Lannois) 399.
Vaccine, Generalisierte (Widowitz) 98.
— Immunität gegen (Robinson) 398.
Vaccineexanthem, Einfluſs des V. auf die Lokalisation der Mikroorganismen (Arloing) 399.
Vaccineprotozoon (Vedeler) 99.
Vaccinepusteln 398.
— auf dem Boden eines Gesichts- und Kopfekzems, Reichliche Entwickelung von (Riether) 99.
Vaccinia und Variola, Bakteriologie der (Copeman) 96.
Vagina-Verletzungen sub coitu (Michnow) 299.
Vanilleausschlag (Arning) 458.
Varicellen 92. 398.
—, Bullöse (Pye-Smith) 41.
—, gangränöse; Diphtherie, Röteln und (Griffith) 94; (Perry) 132.
—, Inkubationsperiode der (Goodall und Washbourn) 363.
—, Sekundärinfektion bei (Steiner) 94.
— mit Streptokokken (Bolognini) 363.
— und Variola, Nichtidentität der (Vostano) 363.
Varicocele, Operative Behandlung der (Zoege-Manteuffel) 291.
Variola (Immermann) 470.
— im Arbeitshause zu Cardiff (Sheen) 397.
— in Birmingham (Hill) 95; — in Derby (Iliffe) 95; — in Dublin 95; — in Guernsey (Robinson) 95; — in Gloucester 95, (Bond) 96; — in Oldham (Tattersall) 96; — in Tewksbury im Frühjahr 1894 (Nichols) 397; — in Redruth 397; — in Schweden (Medin) 98; (Dahlgren) 98.
—-Epidemie in Triest (De Manussi) 95.
—, Eingehende statistische Erhebungen über drei Epidemien (Coupland) 364.
—, Genesung bei hämorrhagischen (Ricketts und Frith) 397.
— bei einem Lascaren, Konfluierende (Macphail) 364.
—, Prodomale Ausschläge der (Robinson) 364.
— Rekurrierende (Newsholme) 397; (Davies) 397; (Ross) 397.
— und Vaccination in Afrika (Schön) 94.
— und Vaccine vom Jahre 1802, die Kirtlandschen Abbildungen der geimpften (Pfeiffer) 97.
— und Vaccinia, Bakteriologie der (Copeman) 96.
— und Varicellen, Nichtidentität der (Vostano) 363.
Variolablasen, Umwandlung derselben in Pusteln (Bryan) 96.
Variolamortalität in Konstantinopel (v. Düring) 364.
Variolastatistik der österreichischen Staatsbahngesellschaft (Körösi) 363.
Variolavaccine des Jahres 1881, Der Impfschutz der Hamburger (Voigt) 399.
Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie, Resektion der (Nové-Josserand) 294; (Köhl) 294.
Vasektomie und Kastration bei Prostatavergröſserung (Brown) 132.
Vasogen (Laaser) 345.
Venerische Krankheiten (Berdal) 396.
Verbrennungen, Injektionen von künstlichem Serum bei (Tommasoli) 57.
—, Behandlung mit Wismutbinden (v. Bardeleben) 355.
Verruca juvenilis (Lupis) 636.
— necrogenica 170.
— senilis (Mackenzie) 169.
— vulgaris übertragbar? (Jadassohn) 649.
Vesico-Rectalfistel 517.
Vesico-Umbilicalfistel (Trogneux) 531.
Vulva, Elephantiasis der (Kidd) 299.
—, Kraurosis der (Pichevin und Petit) 465.
— — infolge von Pruritus introitus vaginae et perinei (Róna) 627.
—, Ulcus serpiginosum der (Barbour) 299.

Waschekzem, Zur Behandlung des (Philipps) 145.
Wasserstoffsuperoxyd bei Schleimhauterkrankungen (Horowitz) 346.
Weibliche Kriminalität, Prostitution und Psychopathie (Moraglia) 643.
Werlhofsche Krankheit mit intraperitonealer Blutung (Luce) 49.
Wundbehandlung, Sauerstoffgas bei der (Stoker) 345.
Wundheilung bei der schwarzen Rasse (Plehn) 356.

X-Strahlen s. Röntgensche Strahlen.
Xanthoma tuberosum diabeticum (Töpfer) 281.
— — multiplex (Geyer) 283.
— (Morton) 333.
Xerodermia, Kongenitale (Perry) 170.
— pigmentosa (Pringle) 130; (Lesser) 198.

Zeichnungen auf der Haut einer vom Blitze getroffenen Frau 480.
Zirkelschnitt bei Unterschenkelvaricen und varikösen Unterschenkelgeschwüren (Petersen) 49.
Zoster femoralis (Unna) 621.
—, Recidivierender (Pernet) 42.
— und Psoriasis (Rebreyrend und Lombard) 146.
— der Cervico-Humeralgegend, Sekundäre Syphilis kombiniert mit (Morris) 168.
—, Recidivierender und bilateraler (Beatty) 249; (Bewley) 249.
—, Zur Ätiologie des (Asch) 356.
—, Zwei Fälle unterhalb des Knies (Mahon) 357.
— als Vorläufer der Tuberkulose 357.
— bucco-pharyngeus, Bilateraler (Lermoyez und Barozzi) 357.
— mit Methylsalicylat geheilt (Chambard-Hénon) 358.
— und Tabes (Westphal) 358.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

L'Abbé 52.
Abel, John und W. Davis, Über das Pigment in Haut und Haar des Negers 339.
Abney 248.
Abraham, Zufällige Vaccination 98.
— 451. 455. 554.
Abrahams, R., Zur Behandlung der Acne rosacea 153.
Abramowitsch, A., Die Behandlung des Trippers durch innerliche Mittel, speziell mit Extr. fluid. Kawae-Kawae 306.
Achard, Verwendung der Röntgenstrahlen beim Studium eines Falles von Rheumatismus deformans mit Tripperursprung 597.
Ackeren 265.
Adamkiewicz, Albert, Die heilbare und die stationäre Form der syphilitischen Rückenmarkschwindsucht und die Beziehungen beider zu den Gefäfsen. Ein Beitrag zur Lehre von der Syphilis capillaris und zum chronischen Infarkt des Rückenmarks 53.
Addison 194. 195.
Ahman, G., Zur Frage der blennorrhoischen Allgemeininfektion 172.
Aievoli, E., Fünfzig klinische Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Aristols 259.
— 75.
D'Ajutolo 4.
Alapy, Über Katheterisierung 33. 462.
— 564.
Albarran, Ergebnisse des chirurgischen Eingreifens bei Geschwülsten 519.
- 117. 527.
Albers-Schönberg 656.
Alessandri, Über die Abtragung der Tunica vaginalis testis und die künstliche Obliteration der Scrotalhöhle 586.
Alexander, Samuel, und Dunham, Endothelioma der Corpora cavernosa 255.
Alger, E. M., Ursache und Behandlung des infantilen Ekzems 145.
Alibert 481.
Allen Gardner, Zufällige Verätzung des Penis 528.
Allen, C. W., Eine allgemein annehmbare Scala von Mafsen zur genauen einheitlichen Beschreibung von Hauteffloreszenzen 628.
— 566. 627. 628.
Allgeyer, V., Zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis (Duhring) 515.
Allina, Beiträge zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie 588.
Althaus, Julius, Die elektrische Behandlung der Impotenz 290.
Altmann 120.
Alvarez 455. 551.
*De Amicis, Tommaso, Die Sarkomatose der Haut 309.
— Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Psorospermosis cutanea vegetans 149.
— 316.
Anel 305.
D'Anna 116. 122.
Antonelli, Rudimentäre ophthalmoskopische Stigmata der kongenitalen Lues 476.
Antonini und Marzocchi, Über einen Fall von partieller Akromegalie 647.
Anuschat, Hydrargyrum metallicum bei Syphilis 143.
Apostoli, Über einen sehr schweren Fall von Dermatitis nach zweimaliger Anwendung von X-Strahlen. Pathogenese und Behandlung 351.
— 274. 418. 423. 432. 433. 438. 441.
Appert, Diagnose und Behandlung der blennorrhoischen Metritis 305.

D'Arcy Power, Bemerkungen über cystisches Lymphangioma der Kindheit 192.
Arloing, Einfluſs des Vaccineexanthems auf die Lokalisation der Mikroorganismen 399.
Armand 492.
Armstrong, H. G., Die Diagnose des Scharlachfiebers 359.
Arning, Pemphigus malignus 237.
— Impetigo contagiosa 237.
— Vanilleausschlag 458.
— Fall von Sklerodermie am Oberarm 458.
— Lupus hypertrophicus non exulcerans 458.
— 452. 453. 502. 503. 504. 511. 554.
Arnold, Carl, Repetitorium der Chemie 643.
— 121.
Aronson, E., Wechselbeziehungen zwischen Parotitis und Orchitis 292.
D'Arsonval 423. 429. 436.
Aruch 68.
Arzberger 244.
Asch, P., Beitrag zur Ätiologie des Herpes zoster 356.
— 594.
Aschner, A., Ein Fall von extragenitaler Infektion und fraglicher Syphilis congenita 127.
— Ein Fall von hochgradiger Harnröhrenstriktur infolge einer im Kindesalter acquirierten Blennorrhoe 280.
— Ein Fall von Initialsklerose am Unterarme 564.
— Referate 34. 129. 146. 281. 300. 345. 348. 356. 530. 532. 565. 627. 651.
— 281. 624.
Aschoff und Vollmer, Experimentelle Studien über Chlorcalcium und seine Verwertung in Kreuznacher Bäderkuren. Ein Beitrag zur Lehre vom Einfluſs der Hautnerven auf den Stoffwechsel 282.
— 1. 2. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 13. 16. 17. 18. 20. 21. 22.
Ashmead, A., Die römische Kirche und die Leprakranken von Columbia 403.
— Specificum gegen Beriberi 600.
Asselbergs, Über die Kalomelinjektionen bei Syphilis 142.
Atkins, M., Über einen Fall von Masern mit Pneumonie, gefolgt von Scharlach und Diphtherie 361.
Atkinson 628.
Aubecoin 654.
Aubert 399.
Audhoui, Somatose 346.
Audouin 636.
Audry, Ch., Über fehlerhafte Epidermisation und über Pseudo-Komedonen 86.
— Zwei harte Schanker kurz hintereinander bei dem nämlichen Individuum 86.
Audry, Ch., Über einen Fall von Lepra. Histologie der Leprome 465.
— 514.
Auld, A. G., Die Nebennieren und die Ursache der Addisonschen Krankheit 194.
D'Aulnay, Richard, Über die Gonokokkose 599.
— und Eudlitz, Die Technik der Quecksilbereinspritzungen 464.
Auspitz 10. 11. 641.
Ausset 431.
Azzarello 58.

Babes 35. 316. 504. 553. 626.
Baccelli 490.
Baduel und Silvestrini, Die hämorrhagischen Infektionen des Menschen 349.
Baelz 185.
Baer, Theodor, Zur Wirkung des Jod kaliums in der Frühperiode der Syphilis 142.
— Beiträge zur Lehre der weiblichen Rectalblennorrhoe 182.
Baginsky, A., Anatomische Präparate eines Falles von Barlowscher Krankheit 351.
Bajardi, Ein Fall von angeborener Verlagerung des Nebenhodens, beobachtet bei einem dreijährigen Knaben 585.
Ball 241.
Balzer und Griffon, Spontane Lymphangiektasien der Gesichtscutis 28.
— Chronische recidivierende Urticaria 273.
Balzer 28. 308. 490. 491. 631.
Bandler, Victor, Beitrag zur Ätiologie des Diabetes insipidus 509.
Bangs, B. 133.
Banister 425.
Bannerman, G., Naevus pigmentosus 580.
Banti 117. 119. 120.
Banzet, Behandlung der tuberkulösen Blasenentzündungen 286.
Barbe und Gaucher, Hereditäre Syphilis. Dactylitis syphilitica ossea 29.
— 166.
Barbour, Ulcus serpiginosum vulvae 299.
Barclay, J., Thyreoidextrakt bei Lupus 407.
Bard, Über den Wert der Harncylinder in Bezug auf die Prognose der Albuminurie 295.
— 399.
Bardach, L., Über Quellsalzseifen und die Anwendung derselben bei Hautkrankheiten 177.
v. Bardeleben, A., Zur Behandlung von Verbrennungen 355.
Barduel, Nephritis infectiosa acuta im Gefolge eines Eccema impetiginosum 568.

Barillon 554.
Barker 171.
Barling, A. S., Die Serumbehandlung der Syphilis 142.
Barozzi und Lermoyez, Ein Fall von bilateralem Herpes zoster bucco-pharyngeus 357.
Barral und Etiévant, Die Inversion der Tunica vaginalis bei der Behandlung der Hydrocele 586.
Barsatt, W., Über die normale und pathologische Ausscheidung der Kohlensäure und des Wassers durch die Haut 343.
*Barthélemy, Darier und Oudin, Über Veränderungen an der Haut und den Eingeweiden nach Durchleuchtung mit X-Strahlen 417.
— Behandlung der Naevi vasculares 274.
— Progressive Paralyse im Kindesalter 275.
— 164. 166. 231. 421. 430. 431. 563.
Barthez 576.
Bartholini 300. 386. 579. 599.
Barwell 594.
Basch, Ein Fall von Lichen planus und acuminatus 32.
— 33. 275. 563.
Basedow 199.
Bataille 396.
Batemann 162.
Bauer 205. 221. 222. 223. 224. 225.
Baumann 365. 533. 537.
Baumgarten, P. von und Tangl, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen 47.
— 550.
Bayet, Fall von multiplen, symmetrischen Lipomen 648.
Bazin 169. 481. 482. 642.
Bazy, Über die langsam eintretende traumatische Verengerung der membranösen Harnröhre 392.
— Fall von traumatischer Striktur der Pars membranacea 529.
— Über die hypogastrische Öffnung bei den Prostatikern 587.
— Ambulatorische Behandlung der Prostatiker mit dem Verweilkatheter 588.
Beadles, C. F., Gummata des Gehirns 54.
Beale, G. B., Krebsantitoxin 187.
Beatty, W., Ein Fall von recidivierendem und bilateralem Herpes zoster 249.
— Epidermolysis bullosa 285.
Beaumès 122. 481.
Bechterew, Über syphilitische disseminierte Cerebrospinalsklerose 52.
— Über die Centren der Harnblase 200.
*Beck, C., Briefe aus Paris 229.
*Beck, C., Uber Befunde in Resorcinschwarten 601.
— Über den Wert der Kastration bei Prostatahypertrophie 246. 515.
— Referat 338.
— 159.
Becker 147.
Béclin 596.
Behla, Robert, Über das Vorkommen von Masern bei Tieren 93.
— Masern unter den Haustieren 361.
Behrend 376. 510.
Behrendt, M. R. J., Die Inkubationszeit der Scarlatina 93.
Behring 387.
Bendikowski 82.
Beneke 6.
Béniqué 108.
Bensinger, Max, Zur Kasuistik der diffusen blennorrhoischen Peritonitis 304.
De Béraud 441.
Berdal, H., Traité pratique des maladies vénériennes 396.
Bergeat, Heilung eines intranasalen Lupus durch Guajakolvasogen 408.
Bergengruen 454. 507. 508.
Berger, E., Fleckige Alopecie 79.
— Psoriasis nach traumatischer Basisfraktur 79.
— Über Augensyphilis mit Albuminurie 100.
— 621.
*Bergh, R., Symbolae ad cognitionem genitalium externorum femineorum 261.
— Jahresbericht über das Vestre-Hospital 396.
— 266. 267.
v. Bergmann, E., Die Lepra 103.
— 558. 560. 653.
Bergmeister 410.
Berliner, C., Referate 37. 40. 44. 47. 54. 93. 95. 96. 97. 98. 101. 103. 105. 106. 107. 132. 133. 137. 139. 140. 143. 144. 145. 147. 148. 149. 150. 151. 153. 171. 175. 178. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 199. 201. 202. 204. 242. 250. 258. 285. 291. 293. 294. 296. 297. 303. 343. 345. 346. 350. 353. 357. 359. 360. 361. 362. 390. 392. 395. 397. 402. 403. 407. 409. 413. 469. 479. 480. 511. 515. 519. 525. 531. 568. 580. 583. 584. 585. 586. 588. 597. 600. 630. 633. 644. 645. 646. 650. 654.
— 248. 386.
Bernhard, L., Prodromal- und sekundäre Exantheme 92.
Beron, Bogumil W., Zur Kasuistik der trophischen Erkrankungen der Haut 514.
Bertarelli 491.
Besnier und Hallopeau, Über einen Fall von Mykosis fungoides mit akuten polymorphen Läsionen ohne Vorstadium 274.

Besnier 28. 29. 32. 165. 168. 238. 449. 455. 505. 550. 553. 557. 558. 561. 575. 642.
Bestschinsky, S., Ein durch Massage geheilter Fall von Incontinentia urinae 290.
Betschler 268.
De Beurmann, Über Pigmentsyphilis 101.
Bewlen, H. T., Ein Fall von recidivierendem, bilateralen Herpes zoster 249.
Biddle, A. P., Pemphigus foliaceus oder Dermatitis herpetiformis (Duhring)? 46.
— Multiple Lipome 191.
— Adenom der Zunge 192.
Bieck 236.
Bienstock 341.
Bienwald, P., Ein Fall von Hämophilie 350.
Bier 516.
Biesiadecki 626.
Bigelow 462.
Billard, G., Syphilis mutilans des Gesichts 464.
— Lymphangitis suppurativa des Penis im Verlaufe eines Trippers 464.
— Keratoma syphiliticum palmare 464.
— Ein Fall von schwerer Jodvergiftung 465.
— Ichthyose und Alopecie 180.
— Ein Fall von primärer und ausschliefslicher Psoriasis der Fingernägel 181.
Binaghi 23. 74. 76.
Biondi 73. 124
Birch-Hirschfeld 101.
Bircher, M. O., Zur Ätiologie des Naevus pilosus pigmentosus congenitus extensus 631.
Bittner, Wilhelm, Angiom 193.
Bizzozero 631.
Blaschko, Dermatitis herpetiformis Duhring 79.
— Mikroskopische Demonstrationen: a) Lepracarcinom; b) Gummicarcinom; c) Lupuscarcinom 82.
— Bemerkungen zum Falle Braschs 136.
— Zur Unterbringung der Leprösen 405.
— 79. 81. 451. 452. 453. 501. 556. 557. 560. 618. 619.
Bloch, A., Über die Beziehungen des Haarsystems zur Färbung der Haut 339.
Blokusewski 303.
Blumenau, Über primäre Gangrän des Rachens 151.
Boas 338.
Bockhart 51. 184. 251. 252. 569. 642.
Bodin 637.
Boeck, Caesar 519.
Boeck, W. 519.
Boehm, R., Über das Gift der Larven von Diamphidia locusta 355.
— 265. 267.
Bogdan, Georges, Zwei Fälle von aufsergewöhnlichen Komplikationen des Trippers 86.
— Syphilis hereditaria. Verfall an Körper und Geist 180.
— Ein Fall von ungeheurer Hypertrophie der Nase 181.
— Zwei harte Schanker bei einem kleinen Mädchen 181.
Bogolinboky 205.
Bokai 360.
Bollinger 189. 578.
Bolognini, Streptokokken-Varicellen 363.
Bond, Pocken in Gloucester 96.
Borel 121.
Bossini 585.
Bosworth 473.
Bottini 589. 592.
Bouchard 422. 431. 433.
Bowles, Robert S., Der Einfluſs des Lichtes auf die Haut 247.
— 249.
Bozzolo, Ikterus und akute Leberatrophie im Verlaufe einer frischen Syphilis 412.
Bradin, E. D., Zur Beseitigung der Retentio urinae 257.
Brasch, Martin, Zur Differentialdiagnose der Lepra 135.
Brault, Über subakute inguinocrurale Adenitiden 154.
Brauns 122.
Breda, Die subcutane Kalomelbehandlung der Syphilis 142.
— Die Framboesia brasiliensis oder Bouba 150.
— Über Caustica und Massage bei der Behandlung der Psoriasis 467.
Brenner 105. 298.
Brewer, G. E., Ein Fall von tödlicher blennorrhoischer Infektion 256.
Briau 437.
Brick, Über Leukoplakia vesicae 531.
Brieger, Klinische Beobachtungen an zwei Leprösen 136.
— 453. 500. 555.
Brocq, Die Behandlung der Alopecie 196.
— Naevus vascularis planus durch negative Elektrolyse behandelt 273.
— Urticaria, Prurigo simplex und Prurigo Hebrae 358.
— 164. 166. 167. 231. 238. 571. 622.
Brocq und Veillon, Alepobeule 27.
Broes van Dort, T., Die Lepra in der holländischen Kolonie Surinam einst und jetzt 514.
— Die Lepra in Holland und seinen Kolonien 37.
— 248.
Bromlee, Röteln sind eine spezifische Krankheit 363.
Bronson 566. 627.
Brooke 42.

Brown, F. T., 132.
Brown-Séquard 168. 292.
Brownfield, Kastration wegen Prostatahypertrophie 293.
Brownlee, John und C. S. Marshall, Über das epidemische Auftreten der Roseola (Röteln) 363.
Bruck 80.
Brugnatelli 492.
Bruni Carmelo, Ein Fall von Blasenhämorrhoiden und seine Diagnose durch das Cystoskop 634.
von Brunn 4. 5. 6. 7. 8. 9. 13. 15. 16. 18. 19. 20.
v. Bruns, Über den Okklusivverband mit Airolpaste 258.
— 589.
Brunner 631.
Bruusgaard, Zwei Fälle von Ulnarisneuritis bei sekundärer Syphilis 54.
Bryan, A., Die Umwandlung der Blatternblasen in Pusteln 96.
Buchholtz, Lepraprāparate 457.
Buchwald 376. 620.
Budin 476.
Buguet 433.
Buguet und Gascard, Anwendung der Röntgenstrahlen zur Untersuchung der Gallen- und Blasensteine 584.
Buist 96.
Bukowsky, J., Zur Therapie der Bubonen nach Langs Methode 579.
Bulkley, Duncan L., Bemerkungen über einige neuere Mittel für Hautkrankheiten 258.
— 386. 566.
Bumm 301. 511.
Bunch, J. L., Fall von doppelseitiger Paralyse der Stimmbänder infolge von Syphilis 103.
Bunge, R. und Trautenroth, A., Smegma- und Tuberkelbacillen 341.
Buquet, Abel 420.
Bureau, Hallopeau und Weil, Vierte Bemerkung über einen Fall von Mykosis fungoides 29.
Buri 248.
Burow 579.
Busch 326.
Buschke 563.
Bussenius und Siegel, Zur Frage der Übertragung von Maul- und Klauenseuche auf Menschen 576.
Buzzi 451.

Caiger, H., Blasenruptur im Anschluſs an Arsenmedikation 201.
Campana, Pemphigoide Eruption bei Syringomyelie 572.
— Über ein symptomatisches, phlyktänöses Exanthem 358.
Campana, Über Tuberkulin beim Lupus 407.
— Leprachronik der Klinik 523.
— Über einen weiteren Fall von sog. primärem idiopathischem Hautsarkom 289.
— 237. 316. 323. 325.
Campanini, Die subcutanen Injektionen nach Durante bei den verschiedenen Formen der chirurgischen Tuberkulose 139.
McCann, Die Diagnose der blennorrhoischen Entzündung 302.
— Blennorrhoische Peritonitis 597.
Cantlie, J., Die Bubonenpest 600.
Cantrell, A., Ekzem der Beugeflächen 145.
Capilongo, Über einen Fall von Intoleranz gegenüber Jodoform 343.
Carageorgiades, Über Gonokokkenendocarditis 597.
Carmichael 96.
Carrasquilla 453. 455. 500. 553. 554. 555.
Carreau 553.
Carter, Enuresis nocturna 204.
Casagrandi, Über die Übertragbarkeit der Molluscumkörperchen 189.
Casoli, V., Über die Wirkung des Airols 259.
Caspar, R., Die Masern in den Schulen 361.
— Zur Prophylaxe der Masern 362.
Casper, L., Was leistet die Cystoskopie und der Harnleiter-Katheterismus für die Diagnose der Nierenkrankheiten und für die Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasenaffektionen? 243.
— Experimentelle Untersuchungen über die Prostata mit Rücksicht auf die modernen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie 245.
— Cystoskopie 527.
— 105. 298. 592.
Cassirer, R., Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und Lues cerebrospinalis 474.
Du Castel, Karbolgeschwüre 238.
— 422.
Castelli, A., Über die hämolytische Wirkung der Krebstoxine; klinische und experimentelle Untersuchungen über das Blut und den Urin von Carcinomatösen 187.
Cavafy, Fall von ungewöhnlicher Form von Lichen planus 130.
Cazenave 481.
Cazin 122.
Ceconi, Über den Wert der Bestimmung des organischen Phosphors im normalen und pathologischen Urin 298.
— 369.
Celli 72.
Celsus 481.

Cernas 306.
Cerny und Trunecek, Radikalheilung des Epithelioms 645.
Cestan und Piatot, Der Brown-Séquardsche Symptomenkomplex mit syringomyelitischer Dissociation syphilitischen Ursprunges 463.
Chalybäus, Zur Impfstofffrage 400.
Chambard-Hénon, Heilung eines Falles von Herpes zoster mit Methylsalicylat 358.
Chambord 283.
Charcot 358.
Charlambieff, Studie über die Behandlung der akuten blennorrhoischen Cystitis beim Manne 308.
Charlton, F., Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie 293.
Chauffard, Schwere blennorrhoische Infektion mit Hyperkeratose der Haut 595.
— 650.
Cheron, Behandlung der Fissura ani mit Kokaïn und Ichthyol 353.
Cheyne, W., Die Objekte und Grenzen der Krebsoperationen 187.
Chismore, George, Eine neue Methode, um polypöse Gewächse aus der Blase zu entfernen 395.
Chotzen, Martin, Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte 469. 643.
— 459.
Chvostek und Stromayer, Über alimentäre Albumosurie, ein Beitrag zur Diagnostik ulcerativer Darmprozesse 294.
Civiale 201.
Clarke, J., Pagets Krankheit der Brustwarze 646.
— 2. 505.
Codd, Syphilitische Stenose des Larynx 103.
Cohn, Hermann, Über die Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen in Deutschland, Österreich-Ungarn und der Schweiz 302. 369.
*Cohn, M., Historische Streifzüge (Celsus). II. Teil 24. III. Teil 161. IV. Teil 380. V. Teil 545.
Cohnheim 82. 87. 324. 325.
Colardeau 420. 421. 422. 425. 426. 430.
Colby, Dermatitis exfoliativa epidemica 331.
Coley, Der therapeutische Wert einer Mischung der Toxine des Streptococcus erysipelatis und Bacillus prodigiosus in der Behandlung inoperabler maligner Tumoren 188.
— 644. 646.
Collan, V., Beiträge zur Kenntnis der Veränderungen in der Leber bei Syphilis 104.
Collan, V., Ein Fall von Akanthosis nigricans 649.
Colles 128. 257. 630.
Colley, S., Die Blase nach doppelseitiger Kastration wegen vergrößerter Prostata 202.
Collis und Roxburgh, Ein Fall von Akromegalie 190.
Colombini und Simonelli, Über den Wert der frühzeitigen Quecksilberbehandlung der Syphilis 141.
— — Kann das Jodnatrium in der Syphilisbehandlung das Jodkalium ersetzen? 254.
— Über die Reaktion des blennorhoischen Eiters und der Urethralschleimhaut und über die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des Gonococcus 300.
— Erste Untersuchungen über die Toxicität des Urins bei einigen Dermatosen 466.
— Zur Pathogenese des venerischen Bubo; experimentelle Untersuchungen 578.
— Über die Albuminurie bei der Blennorrhoe 596.
Conrad 424.
Conyers 40. 41.
Cooper, Arthur, Schnupfen bei acquirierter Syphilis 103.
Coosemans, Cornu cutaneum des Ohres 648.
Copeman, S. Monckton, Die Bakteriologie der Vaccinia und Variola 96.
— — Die Milch und die epidemische Hautkrankheit 144.
Corlett, W. Th., Ein Beitrag zur Frage des Collesschen Gesetzes 257.
— Fall von spontaner Gangrän der Haut 629.
— Bemerkungen über den Stand des Collesschen Gesetzes an der Hand eines Falles 630.
Corselli 112. 115.
da Costa und van Praag, Lehrbuch der Dermatologie 470.
van Cott, J. M. 264. 567.
Coupland Sidney, Eingehende statistische Erhebungen über drei Blatternepidemien 364.
Courmont, Marmorekssches Serum verleiht keine Immunität dem Kaninchen gegen den Erysipelstreptococcus 575.
Cowper 461.
Cozzolino 492.
Cramer 340.
Credé 302. 303.
Crespin, J., Zwei Fälle von Lepra incompleta 463.
Crocker, R., Fall von Mykosis fungoides 130.
— Knotiges Gewächs unter den Augenlidern 130.

Crocker, R., Ein Fall von geheilter knotiger Lepra 137.
— Eine vielversprechende Behandlung der Lepra 137.
— Fall zur Diagnose 170.
— 248. 420. 642.
Crookes, W. 352. 419. 423. 432. 433. 435. 436. 442.
Crookshank 96.
Crull, Über einen Fall von Granuloma fungoides (Mykosis fungoides Alibert) 576.
Csillag, Über einen neuen Nährboden für Gonokokkenzüchtung 565.
Cuff, A., Fall von pathologischer (idiopathischer) Blasenruptur 581.
Culmette 553.
Czaplewski 342.
Czerny, Über Karbolgangrän 354.
— 589.

Dahlgren, E. W., Verzeichnis über schwedische Schriften inbetreff der Blattern, der Inokulation und Vaccination 98.
Damieville 205.
Dandolo, A., Das beste Verfahren, bei Cystotomia suprapubica die Blase zu öffnen 203.
Daniel 429.
Daniels, Ch. W., Bemerkungen über das ulcerierende Granuloma der Pudenda 391.
— 40. 41.
Danlos, Behandlung der Psoriasis mit Kakodylsäure 28.
— Kreisförmige Fältelungen nach Syphilis 28.
*Darier, Oudin, Barthélemy, Über Veränderungen an der Haut und den Eingeweiden nach Durchleuchtung mit X-Strahlen 417.
— 28. 120. 131. 165. 166. 167. 168. 231. 238. 239. 441. 505. 507.
— und Gaston, Eine ungewohnte Form von Sklerodermie en plaques 179.
Dasaro-Cao, Zur permanenten Katheterisation der Ureteren nach der Epicystotomie 299.
Dauchez 324.
Davezac 576.
David 52.
Davies, Ross und Newsholme, Fall von rekurrierenden Pocken 397.
Davis, W. und Abel, Über das Pigment in Haut und Haar des Negers 339.
Debouc 596.
Dehaine 653.
Dehio 277. 455. 501. 506. 552. 554. 555. 558.
Delagnière 462.
*Delbanco, Ernst, Cystitis und Ureteritis cystica und über die Septenbildung in der Schleimhaut der ableitenden Harnwege 1.
— Folliculitis varioliformis 622.
— Dermatitis exfoliativa universalis 622.
— 207. 340.
Delbet, Traumatische Verengerung der membranösen Harnröhre 253.
Delbrel, Urticaria der Respirationswege 348.
Delore, Pustula maligna des Halses 578.
— Ein neuer Fall von Neurofibromatose 650.
Delpuie 440.
Demange 52.
Demme 41.
Denti 492.
Le Dentu, Weil und Hallopeau, Über postlupöse Atresien nebst Bemerkungen über deren Beseitigung 179.
Desfosses, Behandlung der Ulcera varicosa cruris 653.
Destot 438.
Deutsch, Über die Ätiologie und Therapie der Bubonen 461.
— Ducrey-Kreftingsche Schankerbacillenpräparate von einem „Chancre mixte“ 563.
— 563.
Deutschmann 147.
Devergie 31. 169. 481. 561. 566.
Deycke 656.
Diday 250.
Dittel 306.
Dobrochotow, E., Zur Behandlung der undurchdringlichen Strikturen der Harnröhre 108.
Dodgson, Akromegalie 190.
Döderlein, Theodor, Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Nephritis 139.
Dohi 454. 506. 507.
Dohrn 265.
Domergue 120. 122. 123. 124.
Dominici und Gaston, Phagedänisches Geschwür mit Elephantiasis des Fußes bei einer Tuberkulösen; rasche Besserung durch intramuskuläre Kalomelinjektionen 274.
Dominici, Lesné und Gaston, Zwei Fälle von Syringomyelie nach dem Morvanschen Typus 29.
Donnelan 440.
Doria 68. 116.
Dorset, Marion 340.
Doutrelepont 237. 451. 452. 501. 554.
Downe, W. 425.
Dragomanow 200.
Dresler, Eccema universale acutum als Folge von Empfindlichkeit gegen Jodoform 353.
Dreyer, Referate 100. 202. 298.
Dreysel, Max, Über das Leukoderma syphiliticum 100.

Drury, H. C., Dermatitis verursacht durch Röntgenstrahlen 353.
Drysdale, C. R., Vaccination und Revaccination mit animaler Lymphe, wie in Deutschland 98.
Dubreuilh, A., Ein Fall von Mykosis fungoides 576.
— 181. 642.
Dubois-Havenith, Fall von Lupus vulgaris der oberen Extremität in disseminierten Herden 138.
Ducrey 461. 522. 563. 578.
Dudley 429.
v. Düring, E., Blatternmortalität in Konstantinopel 364.
— Weitere Beiträge zur Lehre von der hereditären Syphilis 476.
— 410. 454. 455. 501. 518. 519. 550. 551. 552. 553.
Duflocq 596.
Duhring, Louis A., Beziehungen der Dermatitis herpetiformis zum Erythema multiforme und Pemphigus 359.
— Cutaneous Medicine. A systematic treatise on the diseases of the skin 638.
— 181. 247. 358. 566. 627. 628. 629.
Duncan, E. und Galt, Morbus Addisonii 651.
Dunham 255.
— und Alexander, Endothelioma der Corpora cavernosa 255.
Dunn 424.
Durand und Rochet, Cystotomia und Cystostomia perinealis. Direkte Drainage des Blasengrundes vom Damme aus 582.
Durante 71. 72.
Dyer 553.
Dyos 455.
Dzierszowski 340.

Ebstein, Wilhelm, Zur Geschichte der Pockenimpfung 363.
— 3.
Eddowes, Alfred, Ein Fall von Sommerprurigo 171.
— Eine Cyste der Brust, als Krebs diagnostiziert 188.
Eger, Max, Ein Beitrag zur Kenntnis der cirkumskripten Muskelgummata im Anschlufs an eine Beobachtung solcher in der Halsmuskulatur 475.
Ehlers, Die Meledakrankheit 239.
— 449. 455. 555. 560.
— und v. Zderas, Mal de Meleda 387.
Ehrlich 76. 414.
Ehrmann, S., Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Komplikationen. Zur Therapie der periurethralen Abscesse und der Prostatitis blennorrhoica 306.
Ehrmann, S., Das Nosophen in der Dermatotherapie 344.
— Die Kataphorese als Heilverfahren für Sykosis coccogenes (vulgaris) und parasitaria 573.
— 514.
Einhorn, H., Referate 100. 106. 108. 145. 147. 148. 152. 153. 154. 196. 203. 258. 294. 298. 301. 302. 304. 306. 344. 364. 396. 397. 402. 403. 407. 410. 412. 416. 478. 569. 572. 573. 576. 582. 585. 586. 600. 648. 651.
Eisner, Th., Über Trichomykosis palmellina 510.
Ellingen, C., Zur Kasuistik der Meningomyelitis syphilitica 39.
Elliot, G. T., Ein Fall von multipler, umschriebener Sklerodermie bei einem Patienten mit progressiver Muskelatrophie 45.
Ellison, Ein Fall von akuter, aufsteigender Myelitis als Komplikation von Masern 361.
Emmerich 644.
Engelmann, G., Ein Fall von Sklerodermie 655.
English, W. T., Lepra 402.
— Zur Exstirpation der Cowperschen Drüsen 461.
— 245. 277.
Epstein, Ferdinand, Über die Häufigkeit der Lungenembolien nach Injektionen ungelöster Quecksilberpräparate 388.
Eraud, Primäre bakterielle Blennorrhoe 594.
Erb 53. 556.
Ernst 21.
Escat, Bemerkungen über die verlängerte Drainage der Blase durch die natürlichen Wege 286.
Eschbaum, F. und L. Lewin, Über Suppositorien und eine Methode, sie darzustellen 346.
Escherich 576.
Esipoff 268.
Esmarch 49.
D'Estrées, Über die verschiedenen Erklärungen der spontanen Fraktur von Blasensteinen 201.
Etiévant und Barral, Die Inversion der Tunica vaginalis bei der Behandlung der Hydrocele 586.
Evans, C. S., Warzige Hühneraugen an den Fufssohlen 191.
Eve 2.
Eudlitz und d'Aulney, Die Technik der Quecksilbereinspritzungen 464.
Ewald, Carl, Zwei Fälle angeborener Geschwülste des Gesichtes 648.
Ewan, D. Mac, Über die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie 588.

Fabry, J., Über die Behandlung des Lupus vulgaris mit besonderer Berücksichtigung der Thierschschen Transplantationsmethode 174.
Faitout 250.
Falcao 455.
Farez, P., De la Dysidrose 396.
Farrant 293.
Faucher 439.
Faye 268.
Fehling 538.
Feilchenfeld 424.
Feindel, Über vier Fälle allgemeiner Neurofibromatose 650.
Feleki, Ein Fall von Genitaltuberkulose als Komplikation der Blennorrhoe 280.
— Ein Fall von Hydrocele communicans funiculi spermatici 563.
— 280. 564.
Feltz, Über Masernrecidive 861.
Fenwick, E. H., Klinische Vorlesung über Retentionscysten der Cowperschen Drüsen als Ursache chronischer Urethritis, spasmodischer und organischer Strikturen und Urinextravasation 107.
— Die klinischen Merkmale des einfachen, solitären Geschwürs der Harnblase 200.
— 589.
Féré, Entfärbung der Haare unter dem Einfluſs von Gemütsaffekten 654.
— Rasches Ergrauen der Haare 654.
Féréol 642.
Ferguson, R., Ophthalmia neonatorum 302.
Ferroni 119. 120.
Feulard, Die Alopecia areata bei den Kindern 197.
— 491.
Fiebiger, Josef, Fin Fall von subcutaner traumatischer Lymphorrhagie 356.
Finger, E., Die Theorie in der akuten Blennorrhoe der Harnröhre 306.
— Über Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox), Acne teleangiectodes (Kaposi) 405.
— Der Gonococcus und die öffentliche Prophylaxis der Blennorrhoe 599.
— 308. 529.
Fink, Emanuel, Die Wirkungen der Syphilis in den oberen Luftwegen und ihre örtlichen Erscheinungen 473.
Finny, L., Chirurgische Rhinoplastik nach Lupus 408.
Finsen, Niels, Über die Anwendung koncentrierter chemischer Lichtstrahlen in der Medizin 471.
— 249.
Fleiner 653.
Fleischl 625.
Flemming, W., Über die Entwickelung der kollagenen Bindegewebsfibrillen bei Amphibien und Säugetieren 337.
Flemming, W., 340.
Floersheim 589. 590.
y Flórez Montaya, Bemerkungen über die „Caratés“ 180.
Foa 117. 118. 120.
Förster 423.
Fokin, Sarcoma cutis multiplex 83.
Fordyce, J. A., Über das Auftreten der Nephritis im frühen Stadium der Syphilis an der Hand eines tödlich verlaufenen Falles 44.
— Über einen Fall von symmetrischer Atrophie der Haut 568.
— Fall von Impetigo herpetiformis oder Dermatitis herpetiformis 629.
— 316. 566. 629.
Forestier, Über einen Fall von akutem Rotz 416.
Foret 431.
Forlanini 492.
Fornara, Domenico, Airol bei Lepra 405.
Forster, Einwirkung der Röntgenschen Strahlen auf die normale Haut und den Haarboden 352.
Fort 468.
Fournier, A., Tuberkulose und Quecksilberbehandlung 28.
— Die künstliche Ernährung der syphilitischen Säuglinge 475.
— 28. 49. 51. 88. 100. 101. 104. 166. 184. 254. 384. 410. 414. 477. 490. 491. 492. 628.
Fournier, Henri, Über die Anwendung des Europhen bei Haut- und Geschlechtskrankheiten 181.
— Die Behandlung der Alopecie mit dem Galvanokauter 464.
Fox, C., Ein Fall von Hypertrophie der Nägel und Keratosis der Hände und Füſse 130.
— Hydradénomes éruptifs, Adenomata der Schweifsdrüsen, Epithelioma adenoides cysticum 131.
— Monilithrix 168.
— Fall von Erythema induratum (Bazin) 170.
— 41. 170.
Fox, G. H., Ein Fall von papulösem Erythem nach Vaccination 99.
Fox, T. C., Pemphigus von neunjähriger Dauer bei einer Frau 390.
Fox, Tilbury 396. 569.
Foxwell, A., Dermatitis exfoliativa und Pemphigus 147.
Fraenkel, A., Ein Fall von Polyneuritis mit multiplen, schwielenartigen Granulationsgeschwülsten der Haut 359.
— 49. 78. 349. 568. 569.
Francis, L. A., Suprarenalextrakt bei Morbus Addisonii 195.
Fraser 84. 85.

Frazier, Secernierende Fistel über dem rechten Ellenbogen 333.
— Maligne, ulceröse, sekundäre Syphilis 334.
— 338.
Freccero, Klinische und experimentelle Untersuchungen über einige Reizerscheinungen der Haut 289.
Frèche, Inguinale Trichophytie 569.
Freiberg, A. H. 301.
Freudenberg, Die galvanokaustische Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini 591.
Freund, Leopold, Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus 580.
— Nachtrag zu diesem Artikel 581.
Freund 421.
Frey, Heinrich, Die Wandlungen der Schmierkur und die neuesten Modifikationen derselben 478.
Freyer, P. J., Die besten Methoden der Entfernung grofser Steine aus der Blase 585.
Frick, Favus der oberen Augenlider 570.
*Frickenhaus, Adalbert, Notiz zur Behandlung der Dermatitis medicamentosa 493.
Friedheim 505.
Friedrich, Pachydermie im Anschlufs an habituelles Gesichtserysipel 574.
v. Frisch, Soor der Harnblase 202.
Frisco 112. 115.
Frith und Ricketts, Genesung bei hämorrhagischen Pocken 397.
Fritsch 627.
Frosch 325. 328.
Fuchs, Paul, Über den Einfluss der Kathodenstrahlen auf die Haut 353.
— Initialsklerose am oberen Augenlide 409.
— 380. 424.
Fürbringer, Tödliche Cerebrospinalmeningitis und akute Blennorrhoe 304.
— 106. 244. 298. 480.
Fürst, L., Die Pathologie der Schutzpockenimpfung 471.
Fuller, E., Ein neues operatives Verfahren für die Heilung der Recto-Urethralfistel 45.
— Tuberkulöse Nekrose der Prostata 524.
— 132.
Fuller, G., Gute Resultate nach Resektion der Urethra 200.

Gabbet 342.
Gagnière 441.
Galewsky 377.
Galezowski 492. 519.
Galli, P., Psoriasis, Ekzem, Mykosis fungoides 289.
Galliard 596. 626.
Galippe 52.
Galloway, J., Ulcerierendes Granuloma der Regio pubica 40.
— Bromausschlag 130.
— Allgemeine Pigmentation 168.
— Pferdepocken 180.
— Ulceration der Fufssohle mit eigentümlicher Pigmentation 131.
— Ein Fall von Urticaria pigmentosa 131.
— 41. 170. 391.
Galt und Duncan, Morbus Addisonii 651.
Gardner, M., Zur Frage der Histogenese des elastischen Gewebes 337.
— Massage der Prostata 592.
Garman, J. B., Eine Hutnadel in der Urethra 107.
Garnaud 421.
Gartner 265. 266.
Gascard und Buguet, Anwendung der Röntgenstrahlen zur Untersuchung der Gallen- und Blasensteine 584.
Gasser, C., Über Serumtherapie bei Syphilis 478.
Gaston, Ekzematiforme Pyodermie 273.
— 165. 167.
— und Darier, Eine ungewohnte Form von Sklerodermie en plaques 179.
— und Dominici, Phagedänisches Geschwür mit Elephantiasis des Fufses bei einer Tuberkulösen; rasche Besserung durch intramuskuläre Kalomelinjektionen 274.
—, Lesné u. Dominici, Zwei Fälle von Syringomyelie nach dem Morvanschen Typus 29.
Gatti 492.
Gaucher, Behandlung des Ekzems mit Pikrinsäure 569.
— 498.
— und Barbe, Hereditäre Syphilis. Dactylitis syphilitica ossea 29.
Gauthier, Enormes Fibrom des Hodensackes 530.
Gay 496. 498.
Gebert, Hereditäre Lues 285.
Gegenbauer 270.
Geill, Christian, Über das Chloralexanthem 239.
Gémy 463.
Gentila 476.
Gerber 386.
Gerlach 501.
Gerota, Über die Lymphgefäfse der Blase 531.
Gerson, Karl, Bequemes Verfahren zur Erweiterung von Harnröhrenstrikturen 108.
— Suspensoriumersatz 618.

Gerson, Karl, 618.
Gersuny 45.
Gessner, Die syphilitischen Erkrankungen des Auges 412.
Geyer, Beitrag zur Histologie und Lehre vom Xanthoma tuberosum multiplex 283.
Gilbert 481.
Gilchrist, Ein Fall von blastomycetischer Dermatitis beim Menschen 525.
— Vergleichung der zwei Varietäten von Protozoen und Blastomyceten, die in den mitgeteilten Fällen gefunden wurden, mit den sogenannten Parasiten, die bei verschiedenen Hautkrankheiten gefunden wurden 525.
— Zwei Fälle von Molluscum fibrosum 525.
— Ein Fall von Dermatitis herpetiformis (Duhring) 526.
— Ein Fall von Porokeratosis (Mibelli) oder Hyperkeratosis concentrica (Respighi) 628.
— Ein Fall von Pseudo-Lupus vulgaris, zurückzuführen auf die Anwesenheit und das Wachstum eines Blastomyceten 629.
— 74. 423. 425. 428. 435. 436. 640. 641.
— und Rixford, Zwei Fälle von Protozoen (Coccidien-) Infektion der Haut und anderer Organe 525.
Gilruth, J. D., Ekzem, behandelt mit Thyreoidextrakt 144.
Di Giovanni, Neue Serumtherapieversuche bei Syphilis mit hydropischem Serum eines Syphilitikers in der Tertiärperiode 254.
Glawsche, Psoriasis vulgaris 30.
Glueck, Leopold, Die Behandlung der Larynxsyphilis mit hochdosierten intramuskulären Sublimatinjektionen 416.
— 51. 455. 505. 553.
Goebel, C., Über den Bacillus der Schaumorgane 49.
Goerges, Ein zweijähriges Kind mit Purpura fulminans 350.
Goldberg, B., Weitere Mitteilung zur Abortion der Blennorrhoea incipiens 305.
— Zur Abwehr (gegen Kutner) 242.
Goldenberg, H., Bakteriurie 296.
*Goldfarb, M., Unangenehme Nebenwirkungen des Airols 228. 618.
— 615.
Goll 553. 571.
Gonella 73.
Goodall und Washbourn, Die Inkubationsperiode der Varicellen 363.
Goodner, Ralph A., Die Beziehungen zwischen Onanie und Irrsinn 585.
Gottlieb 367.
Gourdet, Ein neues System der Verbindung für ganz feine Harnröhrensonden 522.
De Graaf, R., 264. 267.
Gram 35. 36. 288. 301. 342. 401. 510. 597. 606. 611.
Grassmann, Über die acquirierte Syphilis des Herzens 413.
Gravagna, Vorhandensein des Hansenschen Bacillus in gewissen Absonderungen der Leprösen 403.
Green 205.
Grenzner, Heinrich, Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum 153.
Griffith, Ein Fall von Varicella gangraenosa; Diphtherie, Röteln und Varicellen zu gleicher Zeit 94.
Griffith-Davis, J., Bemerkungen über Methylviolett und dessen Anwendung bei malignen Erkrankungen 644.
Griffiths 292. 589. 590.
Griffon, Ein Fall von Rectitis blennorrhoica 597.
— und Balzer, Spontane Lymphangiektasien der Gesichtscutis 28.
— Chronische, recidivierende Urticaria 273.
Grimm, F., Klinische Beobachtungen über Beri-Beri 185.
Grindon, Joseph, Eine eigentümliche Affektion der Haarfollikel 256. 628.
— 627. 628.
Grocco 568.
Grosglik, S., Pathologie und Therapie der Prostatitis chronica nebst Bemerkungen über die Behandlung der sexuellen Neurasthenie 243.
Grossmann, Karl, Über die Ursache der Lepra und ihre Ausbreitung in Europa 402.
Grosz, Siegfried und Paschkis, Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Jodothyrin 146.
Gruby 636.
Grünberg, J., Referate 52. 191. 200. 290. 299. 306. 479.
Grünfeld 504.
Guarnieri 72. 73. 99. 470.
Gubler 104.
Güntz, J. E., Über die Heilung des Trippers mit gasartig in der Harnröhre verdunstenden Substanzen 308.
Guépin, A., Bemerkung über das Vorhandensein von Spermatozoen in gewissen chronischen Urethralausflüssen 107.
Guerin 264. 266.
Güterbock 295. 461.
Guiard, Über die gonokokkenfreien Harnröhrenentzündungen 250.
— Vereinfachte Technik des antiseptischen Selbst-Katheterismus 287.
Guicciardi, Beitrag zur Ätiologie der Purpura haemorrhagica 254.
Guillaume 436.
Guiot, Ein Fall von Herpes corneae 466.

Guiteras, R., Ein perinealer Wegweiser 47.
Gussenbauer 356.
Guthrie, Myxödem 199.
Gutteling 656.
Guyon, Ein neues Cystoskop 527.
— Günstige Beeinflussung der Harnröhrenschleimhaut durch den Katheterismus 529.
— 90. 91. 253. 294. 308. 521. 589.

Habel, A., Die Bedeutung des Herpes labialis bei der Differentialdiagnose zwischen eitriger und tuberkulöser Meningitis 357.
Hadrau. Oestreich, Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii durch Exstirpation einer tuberkulösen Nebenniere 652.
D'Haenens, Tuberkulöse Cystitis 290.
Häser 462.
Hagelstam, Karl, Ein Fall von Akromegalie 190.
Hahn, R., Über extragenitale Primäraffekte 50.
Hahn, F., Referate 50. 53. 94. 100. 151. 182. 187. 188. 194. 242. 259. 289. 339. 344. 352. 353. 355. 357. 359. 360. 361. 363. 364. 397. 399. 405. 462. 475. 476. 526. 574. 576. 653. 655.
Haig, A., Einige Wirkungen der Diät auf die Harnsäure-Ausscheidung 297.
Hall, F. V., Fall von geheiltem Pemphigus foliaceus 148.
Haller 264. 270.
Hallopeau, H., Über den Wert der hypodermatischen Injektionen in der Behandlung der Syphilis 141.
— Über einen Fall von Lepra in der Bretagne 29.
— 28. 166. 231. 316. 482. 498. 553. 560. 571.
— und Besnier, Über einen Fall von Mykosis fungoides mit akuten polymorphen Läsionen ohne Vorstadium 274.
— und Lafitte, Über eine erythematopapulöse Form der Tuberkulide 275.
— und Poulain, Über einen Fall von Lichen Wilson mit vorherrschenden akuminierten Elementen und eigentümlicher Hyperchromie 237.
— und Weil, Über vormykotische Erythrodermie mit Veränderungen in der Mund- und Rachenhöhle 239.
—, Bureau und Weil, Vierte Bemerkung über einen Fall von Mykosis fungoides 29.
—, Weil und Le Dentu, Über postlupöse Atresien, nebst Bemerkungen über deren Beseitigung 179.
Hamburger 3.
Hammerschlag, L., Referate 101. 296. 308. 305.
— 340.
Hammond, Urethrotomia externa bei einem Kinde nebst anderen Fällen 528.
Hamonic, Léon, Übertragung der Syphilis durch einen Säugling auf seine Amme 88.
— 266.
Handford 248.
Hanot, Drei Fälle von spezifischer Leberhypertrophie mit chronischem Ikterus und Hypertrophie der Milz 104.
Hansen 29. 64. 65. 447. 449. 452. 453. 454. 455. 462. 501. 504. 505. 506. 551. 552. 553. 557. 558. 561.
Hardaway, W. A., Einige weitere Beobachtungen über die Anwendung der Elektrolyse bei Hautkrankheiten 467.
— 316.
Hardy 164. 481. 484. 642.
van Harlingen, Vier Fälle von hysterischer Dermatoneurosis 566.
Harrison, R., Vorlesungen über Blasensteine und Prostatabeschwerden 583. 584.
Harttung, Zur Frage der Lungenembolien bei Paraffininjektionen 284.
Hartzell, M. B., Fall von Impetigo herpetiformis 629.
— 316. 627. 628. 641.
Haslam, Erysipeltoxine bei Mammatumoren 187.
Haslund 555. 623.
van Hasselhaar 514.
Haucheume, Rachitis und Syphilis und die Rachitis der Tiere 458.
Hauck, Pemphigus neonatorum 571.
Haushalter, Progressive Paralyse im Kindesalter 275.
— 275.
Hausmann, Hausmanns Adhaesivum 258.
Havas, Ein Fall von lokaler Asphyxie 276.
— Fall von Morbus maculosus Werlhofii 279.
— 31. 127. 278. 623. 626.
Hawkins, J. A., Fall von Rheumarthritis blennorrhoica mit tödlichem Ausgang 303.
Hawthorne, Addisonsche Krankheit mit Lungenphthise und atypischer Hautpigmentierung, Melanoderma mit symmetrischen Flecken von Leukoderma 653.
Heard, Ein Blasenphonendoskop 531.
Hebb 105.
Hebra, F., 26. 162. 167. 278. 482. 488. 569. 639. 641. 643.
Heidenhain, M., 339. 340.
Helferich 294.

Hellat 558.
Heller, J., Nagelerkrankung 81.
— Eine seltene Deformität der Fingernägel (Koilonychia) 241.
— Über experimentelle Blennorrhoe im Auge neugeborener Kaninchen, sowie Erfahrungen über die Kultur des Gonococcus 595.
— 81. 656.
Helmers 368. 533. 536.
Hendley, H., Ein Stein in der Blase. Lithotomie mit nachfolgender Litholapaxie 583.
Henle 266. 267. 270. 629.
Henoch 351.
Héricourt 644.
Hermann 554.
Hermes 492.
Herold, Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie 590.
Herringham 298.
Hertz 414.
Herxheimer, K., Über Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen über die Natur der Langerhansschen Zellen 182.
— Über Pflasterpapiere 182.
— 208. 508. 649.
— und H. Müller, Über die Deutung der sogenannten Epidermisspiralen 182.
Herzfeld 619.
Heubner, Otto, Syphilis (hereditaria, acquisita, tarda) im Kindesalter 48.
— 351.
Heuss 570.
Hjelman, J. V., Zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum 514.
Highet, H. C., Ein Fall von Gumma der Ciliargegend 413.
Hijmans van den Bergh, Über das Verhalten des Gonococcus zur Gramschen Färbemethode 301.
Hill, A., Vaccination und Pocken in Birmingham 1893—95.
Hill, W., Fall von Lupus der Uvula 171.
Hime, W., Animale Impfung 899.
Hirschfeld, F., Über die Acetonurie 296.
Hirschfeld, Hans und H. Lohnstein, Untersuchungen über die Histologie des Eiters bei der akuten Blennorrhoe 246. 516.
Hochenegg 298.
Hochsinger, Carl, Syphilis congenita und Tuberkulose 101.
— 49. 459.
*Hodara, Menahem, Zwei Fälle von Neurolepriden 61.
*— Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome 205.
— Mykosis fungoides 150.
— 510. 511. 605. 608. 612. 614.
Hoffmann, L., Referate 100. 106. 138. 141. 142.
Hofmeister 199.
Holder, O. H., Die Pathologie des Lupus erythematosus 46.
Holsti, Hugo, Ein Fall von Melanodermie bei innerlichem Gebrauche von Arsen 193.
Honoré, Stark vaskularisiertes Sarkom 291.
— 291.
van Hoorn, 499. 602.
Horowitz, Fr., Wasserstoffsuperoxyd bei Schleimhauterkrankungen 346.
Hotchkiss, L. W., Bericht über zwei erfolgreiche Fälle von Prostatektomie 591.
Hottinger, Prostatahypertrophie 587.
Howald, W., Behandlung der Blennorrhoe mit Airol 306.
Howland, G. T., Die Behandlung der Harnröhrenstriktur mittelst Elektrolyse 468.
Hoyer 227.
Huber, Alfred, Über Periproctitis blennorrhoica 386.
Hudelo 104.
Hunter 386. 488.
Hutchins, M. B., Ein Fall von individuellem Widerstande bei der Elektrolyse 468.
Hutchinson, J., 29. 49. 248. 396. 451. 518.
Hutchinson jun., Fall von Ulcus rodens am Vorderarm 171.
— Fall von Adeno-Chondrom der Submaxillardrüse 171.
Hutschnecker, Leo, Ein Fall von Haemophilia congenita 350.
Huxley 629.
Hyde, J. N., Der Zusammenhang der Tuberculosis mit Hautkrankheiten, abgesehen von Lupus vulgaris 523.
— Beitrag zum Studium der Hautblutungen 565.
— 567.
— und Taylor, Welche Momente beeinflussen den Verlauf der Syphilis 627.
Hyrtl 268.

Jackson 474.
Jacobi, Seltene Lokalisation von luetischem Primäraffekt der Nasenschleimhaut 178.
— 482.
Jacoud 44.
Jacquet, Alopecia areata und Lichen 168.
— Ein Fall von Alopecia areata 238.
— 28. 131. 165. 167. 231. 419. 595.

Jadassohn, Zur Kenntnis der medikamentösen Dermatosen 353.
— Sind die Verrucae vulgares übertragbar? 649.
— 100. 206. 254. 386. 511. 593. 616. 633.
Jagot, Über einen Fall von Elephantiasis mit tödlichem Ausgange infolge von recidivierendem Erysipel 575.
Jakowlew, S. und Tarnowsky, Die Behandlung der Syphilis mit Serum merkurialisierter Tiere 632.
Jamieson, W. Allan, Ein ungewöhnlicher Fall von Impetigo herpetiformis 459. 642.
Janet 89. 246. 252. 305. 397. 464. 511. 615. 616. 617. 635.
Janowski 516. 579. 599.
Jansen, K. und Sederholm, Zur Bekämpfung der Lepra 402.
Jarisch 482.
Jeanselme 503. 504. 505. 553. 595.
Jenner 97. 98. 399. 400. 471.
Jessner, Eine eigenartige Form von Hauttuberkulose (Tuberculosis cutanea framboesioides disseminata) 460.
— Referate 48. 49. 50. 53. 94. 95. 98. 99. 101. 103. 106. 108. 136. 137. 141. 142. 144. 147. 149. 152. 153. 154. 155. 156. 185. 193. 194. 195. 197. 202. 237. 246. 260. 290. 291. 292. 293. 295. 297. 299. 300. 301. 302. 304. 306. 308. 337. 339. 340. 341. 342. 344. 345. 349. 350. 351. 353. 354. 355. 356. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 400. 401. 403. 405. 406. 407. 409. 411. 412. 415. 416. 446. 458. 459. 461. 470. 473. 474. 475. 477. 478. 500. 518. 527. 528. 529. 530. 532. 550. 569. 571. 572. 573. 574. 577. 578. 579. 580. 581. 589. 590. 591. 592. 594. 595. 597. 598. 599. 634. 635. 643. 644. 646. 647. 648. 649. 653. 655. 656.
Jewett, Tuberkulöse Wucherungen 134.
— Universelle Leukodermie 134.
— Fälle zur Diagnose 333.
— Erythema persistens capitis 336.
— Eccema madidans 336.
— 85. 268. 335. 336.
Iliffe, Vaccination und Pocken in Derby im Jahre 1895 95.
Iljisch, Über Tag- und Nacht-Harnabsonderung, Haut- und Lungenausscheidung bei Ödemen verschiedenen Ursprungs 347.
Immermann, H., Variola 470.
— Ein Fall von Lymphadenie der Haut 647.
Johnson, A. B., Der hohe Blasenschnitt bei Lithiasis 202.
Johnston, J. C., 567. 629.
Jonsson, Jón, Akutes Ekzem des Gesichts 572.
— Akuter Pemphigus 572.
*Jordan, Arthur, Ein Fall von diffuser seniler Atrophie und Hyperpigmentose der Haut 372.
— Referat 561.
Jorissenne, Sicherste Methode bei Kuhpockenimpfung 400.
Joseph, Max, Über Porokeratosis 172.
— Über Lepra viscerum 237.
— 79. 618.
Josias, A., Versuche von Serumtherapie bei Scarlatina 361.
Isaac, Rudolf, Über Naftalan 344.
— Ein Fall von Angiokeratomen 621.
— 234. 236.
Isnardi, Behandlung der Alters-Dysurie durch Einschneiden und doppeltes Unterbinden der Samenleiter 591.
— 292. 591.
Israel 206. 528.
Jullien 491. 492.
Juliusberg, Fritz, Über einen Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem 633.
Jundell, J., Reinzüchtung des Gonococcus Neisser in zwei Fällen blennorrhoischer Metastase 36.
Justus, Ein Fall von Lichen ruber planus et corneus 127.
— Ein Fall von Syphilis papulosa universalis 127.
— Ein Fall von Cicatrices lueticae des Gesichtes und Folliculitis syphilitica 127.
— Ein Fall von gruppiertem kleinpapulösem Syphilid auf den Unterschenkeln 127.
— Ein Fall von ungewöhnlicher Syphilisform auf dem Nasenrücken 127.
— Über Blutveränderungen der Syphilis in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, III. Teil 129.
— Ein Fall von Pigmentation um die Augen 275.
— Ein Fall von Gumma 564.
— Ein Fall von Erythema nodosum bei einem syphilitischen Individuum 564.
— 276. 277. 280. 562. 563. 623. 626.
Iversenc, Verlust fast aller Augenwimpern im Anschluſs an Syphilis 87.
— Myelitis im Verlauf einer Syphilis bei gleichzeitig bestehender Brightscher Niere 87.
Iwrasz 102.

Kaempffer, Kurze Mitteilung über eine Kuhpockenepidemie mit Übertragung auf den Menschen 399.
von Kahlden 1. 2. 4. 21. 22.
Kalindero 455. 555.
Kalischer, S., Über die bei Tabes dorsalis auftretenden trophoneurotischen

Veränderungen der Haut und anderer Organe 240.
Kammerer 133.
Kanthack und Pigg, Carcinom des Testikels 585.
— 577.
Kaposi 26. 29. 31. 32. 51. 162. 173. 278. 283. 316. 324. 325 376. 434. 452. 453. 495. 498. 500. 501. 502. 504. 539. 545. 557. 561. 562. 571. 581. 642.
Karfunkel, Beiträge zur Kataphorese 509.
Karsten 553.
Karvonen und Komppa, Zwei Methoden zur Bestimmung der festen Bestandteile des Harns 462.
Kassowitz 49.
Kaufmann, E., Aquarellskizzen von gummöser Gelenkerkrankung 459.
— 459.
Kaufmann, F. J., Ein Fall von Impetigo simplex 257.
Keegan, D. F., Bemerkungen über Blasensteine 585.
Keller 363.
Kellogg 608.
Kent 96.
Kerda 436.
Kibbe, A. B., 425..
Kidd, F. W., Elephantiasis vulvae 299.
King, W., Über Lanolinimpfstoff 400.
Kirchner 456. 559. 560.
Kirtland 97.
Kiwisch 270.
Klamann, Ein tödlich verlaufener Fall von akuter Blennorrhoe 595.
Klebs 341. 628.
Kleeblatt 644.
Klein 12. 96. 122.
Klingmüller, V. und Weber, Untersuchungen über Lepra 401.
— 505.
Klotz, H. G., Starke Lösungen der Ichthyolgruppe bei der Behandlung akuter und chronisch entzündlicher Zustände der Haut 524. 566.
— 132.
Knoepfelmacher, Wilhelm, Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter und über das Fettsklerem 655.
Koch, K., 356.
Koch, R., 33. 236. 242. 372. 402. 481. 482. 555.
Kocher 203.
Kocks 265.
Köbner 309. 316. 324. 325. 327. 573. 619.
Köhl, Resektion des Vas deferens bei Prostatahypertrophie 294.
Koehler 455. 456.
Koenig, F., Über blennorrhoische Gelenkentzündung 598.
König 280.
Körösi, Die Pockenstatistik der österreichischen Staatsbahngesellschaft 363.
— 361.
Köster, Georg, Zur Ätiologie und Behandlung der Enuresis 289.
Kohlrausch 261.
Kolaczek 459.
Kolischer, Gustav, Ureterenkatheter 298.
— Der Katheterismus der Ureteren beim Weibe 298.
Kolle 425.
Koller, Ein Fall von Reinfektion 234.
Komppa und Karvonen, Zwei Methoden zur Bestimmung der festen Bestandteile des Harns 462.
Koppel 553.
Korff, B., Über Carcinombehandlung mit Streptococcus prodigiosus-Kulturen und negativem Resultat 646.
Korotneef 118.
Kraske 341.
Krefting 563.
Kreiss 359.
Krösing, Rudolf, Über Argentamin und Argonin 511.
Kromayer, E., Einige epitheliale Gebilde in neuer Auffassung. Beiträge zur Pigmentfrage 175.
— Anatomie und Pathogenese der Pemphigusblasen 240.
— 87. 207. 508. 525.
Krouse, L. J., Eine Bohne als Kern eines Blasensteines 257.
Krzysztalowicz, Franz, Über Haemolum hydrargyro-jodatum in der Therapie der Syphilis 384.
— 378.
Kuebler 551.
Kühnemann 649.
Kundrat 323.
Kushew, N., Ein Fall von Prolaps der weiblichen Urethralschleimhaut 299.
Kutner, Robert, Neue Sterilisatoren für elastische Katheter und andere urologische Instrumente 242.
— Technik und praktische Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden 526.
— Eingeklemmter Harnröhrenstein 528.
— 462.

Laaser, M., Über Vasogen 345.
Laehr, M., Lepra und Syringomyelie 404.
Laennec 486.
Lafitte und Hallopeau, Über eine erythemato-papulöse Form der Tuberkulide 275.
Lagrange, Ein Fall von Syphilis maligna 475.

Lailler 233.
Laloy, Die Hauthörner beim Menschen 648.
Landgraf 147.
Landmann 400.
Landskroon, Referat 470.
Lane, J. E., Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Quecksilberinjektionen 479.
Lang, Eduard, Ergebnisse der Lupusbehandlung 406.
— Zur Bedeutung der präventiven Therapie bei Syphilis 476.
— Die therapeutische Verwertung der Elektrolyse, insbesondere bei Strikturen der Harnröhre 529.
— 305. 307. 578. 579.
Langenbucher 266.
Langer, Ludwig 655.
Langerhans 175. 176. 508.
Lannelongue, Schädliche Wirkung der Röntgenschen Strahlen 352.
— 431. 434.
Lannois, Impfungen bei Greisen 399.
— 422.
— und Linossier, Über die Absorption von Jod, Jodoform und Äthyljodid durch die Haut 342.
Lanz, Alfred, Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der merkuriellen Stomatitis und Salivation 183.
— Über den diagnostischen Wert der mikroskopischen Untersuchung der weiblichen Genitalsekrete 300.
— 496.
Lappe, John, Statistische Beiträge zur Blennorrhoe der Prostituierten 593.
Larsen, G., Blennorrhoe des Rectums und des Mundes 304.
Lassar, O., Toxisches Exanthem nach Gebrauch von Aureol 79.
— Leukämische oder pseudoleukämische Tumoren (?) 81.
— Erfahrungen mit dem Neu-Tuberkulin 235. 242.
— Ansprache bei Eröffnung der dermatologischen Sektion des XII. internationalen medizinischen Kongresses in Moskau 515.
— 79. 80. 81. 82. 235. 236. 237. 351. 448. 449. 455. 456. 457. 498. 503. 552. 555. 557. 561. 618. 620. 654.
Lassar-Cohn, Praxis der Harnanalyse nebst einem Anhang Analyse des Mageninhalts 473.
Lasègue 147.
Lavallée 356.
Ledermann, Alopecie nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen 80.
— Ein Fall von ausgedehnten stark juckenden Pigmentationen bei einem Epileptiker (Hautpigmentationen) 80.
Ledermann, Sklerodermie der Beine 81.
— Primäraffekt auf der rechten Tonsille 81.
— Erythema papulatum 81.
— Epidermolysis bullosa hereditaria 619.
— Pseudoatrophia cutis 620.
Lee, R., Über scharlachähnliche Fälle in Fulham 360.
Leedham-Green, Ch., Eine bakteriologische Untersuchung der für die Desinfektion der Hände gebrauchten Agentien 480.
Lefort 522.
Legrain, E., Das Hautsarkom in Algerien, seine Häufigkeit und Heilbarkeit 156.
— Zur Hautpathologie Algeriens 342.
Legueu, Über die pathologischen Beziehungen zwischen dem Geschlechts- und Harnapparat bei der Frau 392.
— 306.
— und Levy, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol 307.
Lehr 552.
Lejars, Die Lipome des Dammes 88.
Leichtenstern 360.
Leidié, Untersuchungen über die Albuminoide des eiterigen Harnes 295.
Leistikow, L., Therapie der Hautkrankheiten 637.
Leloir 183. 411.
Lenz, Wilhelm, Beitrag zur Ätiologie der tertiären Syphilis 475.
Lenander 242.
Leplat, Appendicitis calculosa, die sich in die Blase öffnet. Laparatomie, Heilung 583.
Leredde, Ätiologie und Pathogenese des Ekzems 568.
— 238. 274. 640.
Lermoyez und Barozzi, Ein Fall von bilateralem Herpes zoster buccopharyngeus 357.
Lesné, Multiple syphilitische Schanker des Gesichts 273.
—, Gaston und Dominici, Zwei Fälle von Syringomyelie nach dem Morvanschen Typus 29.
Lesser, Xeroderma pigmentosum 198.
— Lues insontium 234.
— 79. 80. 81. 236. 284. 457. 555. 618.
Letulle 650.
Levi, Die Stomatitis aphtosa 576.
Levy, Heinrich, Zur Frage der Scharlachnephritis 360.
Lévy, L. und Legueu, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol 307.
— 306.
Lewandowski 527.
Lewin, A. 516.
Lewin, G. 100. 194.
Lewin, J. 582.

Lewin, L. und F. Eschbaum, Über Suppositorien und eine Methode, sie darzustellen 346.
Lewinski 8.
Lewis, Bransford, Die Beziehung der Oxalurie und excessiven Harnsäureausscheidung zu Entzündungen und Störungen im Urogenitalapparate 394.
Leyden, Gonokokken, aus einem Kniegelenk durch Punktion gewonnen 598.
Libersohn, E., Über die Behandlung der Aknepusteln und Komedonen 153.
Lichatscheff, Behandlung des Rhinoskleroms 30.
— Zur Statistik der Lokalisation des Trippers bei Prostituierten 83.
Lichtenberg 480.
Lieberkühn 386.
Lier, Ernest, El Mal del Pinto 463.
Lilienthal, H. 132.
Limbeck 4. 6. 7.
Limont, Lichen ruber planus 153.
Lindey 596.
Lindström 496.
Linossier und Lannois, Über die Absorption von Jod, Jodoform und Äthyljodid durch die Haut 842.
Litten, Fall von Blausucht 349.
— 3. 349.
Littré 529.
Lockwood, Über Kryptorchismus 171.
van der Loeff 470.
Löffler 246. 510. 516.
Löwenhardt 459.
Lofton, Lucien, Jugendliche Blennorrhoiker 594.
Lohk, Heinrich, Epidemiologische Untersuchungen über die Lepra und den ätiologischen Zusammenhang ihrer Einzelerkrankungen 388.
Lohnstein, H., Untersuchung über die Histologie des Eiters der akuten Blennorrhoe 516.
— und Hirschfeld, Untersuchungen über die Histologie des Eiters bei der akuten Blennorrhoe 246.
Lombard und Rebreyrend, Psoriasis und Herpes zoster 146.
Lombroso 643.
Londe, Albert 429.
Long und Valency, Ein Fall von Lepra bei einem Bretonen 462.
Lorent 508.
Lormand 266.
Lorot, Die Radikalbehandlung der Alopecia areata 655.
Loumeau, Kongenitale Verengerung der Urethra mit Harnröhrenstein 199.
— Chirurgies des voies urinaires 396.
— Folgezustände eines zu kurzen Frenulum praeputii 528.
Lubarsch, O., Über die im männlichen Geschlechtsapparate vorkommenden Krystallbildungen 106.
— 1. 2. 4. 5. 6. 7. 9. 18. 21. 22. 23. 206. 507.
Lucas, C., Anthrax in Bermondsey 149.
Luce, H., Über einen Fall von Werlhofscher Krankheit mit intraperitonealer Blutung 49.
Ludwig, Herm., Fall von Pemphigus vegetans 572.
Lugol 76. 510.
Lukasiewicz 32.
Lupis, G., Beitrag zum Studium der Verruca juvenilis 636.

McCann, Die Diagnose der blennorrhoischen Entzündung 302.
Mc. Gowan-Los, Über den Wert der Fortschen Methode der Elektrolyse bei der Behandlung ernster Strikturen in der hinteren Harnröhre 468.
Macintyre, J., 424.
Mackenzie, St., Tinea barbae mit Kerion 131.
— Fall von Psoriasis rupioides 131.
— Verruca senilis 169.
— Erythema induratum (Bazin) 169.
— 414.
Mackey, E., Konvulsionen und Phlebitis bei Masern 362.
Maclennan, W., Pikrinsäure bei der Behandlung gewisser entzündlicher Hautaffektionen 845.
Macphail, Ein Fall von konfluierenden Pocken bei einem Lascaren 364.
Maffucci 75. 111. 114. 158.
De Magel 492.
Mahon, R. B., Zwei Fälle von Zona unterhalb des Kniees 357.
Maidlow, W. H., Ein Fall von Prostatahypertrophie, behandelt mit doppelseitiger Kastration 293.
Majeff 496. 514.
Mainzer, F., Über den Wert der Cystoskopie und des Ureter-Katheterismus beim Weibe 105.
Maiocchi 323.
Maisonneuve 468.
Maixner 295.
Malherbe 171.
Mamurowski 375.
Mangiazalli 68.
Mankiewicz 81.
Manley, Epitheliom 335.
— 335. 336.
— und Winfield, Erythema scarlatiniforme 336.
Manson Patrick 296. 297.
Mansuroff 495

de Manussi, A., Klinisch-statistische Mitteilungen über die Blatternepidemien in Triest 1892—1894 S. 95.
Marchiafava 72.
Marcuse, W., Nachtrag zu dem Fall von Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen 353.
— 424.
Margrave, M., Ein Fall von Lipom des Handtellers 191.
Marinesco, Über einen Fall von Morvanscher Krankheit mit Autopsie 358.
Markusfeld, Über die Ätiologie der Trichorrhexis nodosa 655.
Marmorek 361. 574.
Marschalkó 126. 562.
Marsden, Über Gelenkaffektionen im Verlaufe und im Gefolge von Scarlatina 93.
Marshall, C. S., und J. Brownlee, Über das epidemische Auftreten der Roseola (Röteln) 363.
Marson, H., Lupus, geheilt mit Thyreoidextrakt 139.
Martin, Chr., Hermaphroditismus spurius 106.
Martineau 51.
Marzocchi und Antonini, Über einen Fall von partieller Akromegalie 647.
Masini 492.
Massari 119. 120.
Massazza und Truffi, Eine Syphilisepidemie in der Gemeinde Casatisma im Jahre 1895/96 S. 466.
Mathieu 528.
Matwejew 268.
Mauriac 44. 184.
Mayer, Naevus pilosus vorticosus 80.
— Neutuberkulin 620.
Mazzarino, Ulcus molle und Urethritis chronica 522.
Mazzi, A., Ein Fall von frühzeitigem Erwachen des Geschlechtslebens 479.
Medin, O., Die Blattern und die Vaccination in Schweden 98.
Mehrer, Ein Fall von hochgradiger allgemeiner Melanose bei melanotischem Sarkom 650.
Meinert, Ein Fall von akutem toxischen Gesichtsödem 348.
Meisel 277. 634.
Meissner 80. 31. 236.
Melchior, Die Bedeutung des Bacterium coli für die Pathologie der Harnwege 242.
Melle, Beitrag zur sekundären und gummösen syphilitischen Epididymitis 636.
Mencière, L., Epithelioma des Penis 465.
Mendel 492.
Mendoza, Abgekapselter Stein 394.
Méneau, J., Die Arsen-Dermatosen 179.
Menger, R., Ein neuer menschlicher Sarkoptesparasit 469.
Menke, Über Hermaphroditismus 527.
Merkel 337.
Merlin, Über die Behandlung der akuten Blennorrhoe und der venerischen Bubonen mit Airolemulsion 307.
Mermet, Über das Erysipel der Lider 574.
Metchnikoff 119.
Methner 459.
Metzerott, J., Behandlung der Syphilis 141.
Mibelli, V., Über Hornkrebs 460.
—, Über einen Fall von Tinea Gruby (Sabouraud) 636.
— 173. 248. 277. 466. 628.
Michaelis 599.
De Michele 631.
Michnow, Über die Verletzungen der Vagina sub coitu 299.
Mirto, G., Ein Fall von abnormer Entwickelung des Platysma myoides bei einem Geisteskranken 480.
Misslavsky 200.
Möller, M., Zur Frage von der Injektionstechnik bei der Behandlung der Syphilis 175.
Moeschel, J. B., Arzneistoffe, welche im Urin ausgeschieden werden 294.
Mohr 31.
De Molènes, Paul, Wirkung des Europhens bei Hautkrankheiten 260.
Moncorvo, Ein Fall von blennorrhoischer Arthrosynovitis im Kindesalter 598.
Monod 575.
Montgomery, D. W., Ein Fall von hereditärer, kontinuierlicher Abstofsung der Fingernägel 255. 568.
— 566. 628.
Mont-Saavedro, R., Zwei Fälle von Cystitis mit Befund von Diplobacillus-Friedländer 290.
Moore, N., 105.
Moraglia, Neue Forschungen auf dem Gebiete der weiblichen Kriminalität, Prostitution und Psychopathie 643.
Morat 437.
Morel, J., Hysterische Epididymitis 291.
Morel-Lavallée, Ausnahmen von den Gesetzen über die Intoleranz des Organismus gegenüber den Medikamenten 274.
Morgagni 264.
Morgan, J. H., Maligner Tumor des Samenstranges 291.
Morrihy, C. B., Neuer Apparat zur Untersuchung der Kontraktilität des Protoplasmas 339.
Morris, M., Ein Fall von sekundärer Syphilis mit typischem Herpes zoster der Cervico Humeralgegend kombiniert 168.
— Frau mit ganz kleinen, pustulösen, akneiformen Skrophuliden 169.
— Tuberculosis verrucosa mit sekundärer tuberkulöser Lymphangitis 182.

Morris, M., Behandlung des Lichen planus universalis 153.
— 390.
— und Whitfield, Ein Fall von Dermatitis mit einigen eigentümlichen Merkmalen 247.
Morrow, P. A., Zwei Fälle von Naevus linearis mit Bemerkungen über das Wesen und die Nomenklatur desselben 566.
— 566. 567. 580.
Morton, H. H., Ungewöhnlicher Fall von Lupus erythematosus 83.
— Schmerzen und Beschwerden bei der Urinentleerung 84.
— Blasenstein 84.
— Epitheliom des Penis 84.
— Primäraffekt der Unterlippe, Übertragung durch eine Pfeife 85.
— Lippenschanker 85.
— Schanker der Ober- und Unterlippe 85.
— Akne-Curette 135.
— Acne cachecticorum 332.
— Fälle zur Diagnose 334.
— Lupus am Gesäfs 334.
— Lupus erythematodes 331.
— Neuer Katheter 334.
— Seborrhoe der Oberlippe 334.
— Xanthoma 333.
— 85. 134. 331. 332. 333. 334. 335.
Morvan 29. 276. 277. 404. 455. 462. 503.
Mosher, Acne rosacea 334.
Mott 105.
Motty 28.
Motz, Alte hartnäckige Cystitis. Hoher Blasenschnitt. Auskratzung der Blase. Heilung 521.
Moutard-Martin, Hautpigmentation 650.
Mühlbauer, Hans, Salipyrin Riedel bei Peliosis rheumatica Schönlein 350.
Mühlmann, Zur Physiologie der Nebenniere 194.
— 650.
Müller, C., Referate 29. 54. 93. 100. 101. 104. 107. 108. 126. 138. 139. 141. 142. 146. 149. 150. 154. 156. 168. 188. 189. 197. 198. 199. 239. 255. 259. 275. 289. 290. 291. 293. 294. 295. 298. 299. 301. 305. 307. 308. 338. 339. 342. 343. 347. 349. 352. 353. 355. 356. 357. 358. 361. 363. 397. 399. 400. 404. 408. 412. 413. 415. 416. 467. 474. 475. 476. 479. 480. 523. 527. 528. 529. 530. 532. 568. 569. 570. 572. 573. 574. 575. 576. 578. 584. 586. 587. 588. 594. 596. 597. 598. 599. 637. 638. 644. 645. 647. 648. 649. 650. 653. 654 655.
— 578.
Müller, Ernst, Zur Behandlung der Frostbeulen 349.
Müller, H., Über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut 182.
Müller, H., Favus und Herpes tonsurans 570.
— 570.
— und Herxheimer, Über die Deutung der sogenannten Epidermisspiralen 182.
Müller (Seelig-Verfahren) 289.
Müller 70. 571.
Münchheimer, F., Über extragenitale Syphilisinfektion 386.
Muisa 185.
Munkewitsch 561.
Munter 477.
Murray, G. R., Weitere Mitteilungen über den ersten mit Thyreoidextrakt geheilten Fall von Myxödem 199.
— Einige Effekte der Thyreoidektomie bei niederen Tieren 199.
Musehold 451. 452. 507. 508.

Nannotti, Über den Wert der Inokulationen bei der Diagnose der chirurgischen Tuberkulose 138.
Napier, Ein Fall von Scarlatina 333.
— 85.
Nason, E. N., Die Behandlung der Enuresis 204.
Nauwerck 2.
Negretto, Zur Radikalkur der Ischurie infolge von Prostatahypertrophie durch Kauterisation der Prostata vom Rectum aus 293.
Neidhardt, Keimfreie Lymphe 400.
Neisser, A., Über Syphilisbehandlung und Balneotherapie 477.
— Behandlung der akuten Blennorrhoe mit prolongierten Injektionen von Protargol 634.
— 300. 450. 452. 453. 454. 455. 459. 477. 500. 501. 504. 506. 508. 510. 512. 555. 616.
Nékám, Ein Fall von Leukaemia cutis 625.
— 563. 624. 625. 626. 627.
Netschai-Grusewitsch, R., Zur Therapie der Impotentia coeundi 479.
Neuberger 647.
Neudörfer 346.
Neuhaus, Referate: 91. 93. 97. 105. 107. 140. 154. 155. 189. 198. 204. 254. 289. 348. 355. 394. 398. 403. 408. 409. 413. 415. 522. 528. 530. 569. 575. 582. 583. 585. 586. 587. 590. 591. 592. 596. 597. 599. 622. 651. 652.
Neumann, Beitrag zu Kenntnis des Pemphigus vegetans 573.
— 51. 376. 451. 452. 502. 551. 553. 557. 623. 639.
Newman 468.
Newsholme, Davies und Ross, Fall von rekurrierenden Pocken 397.
Nichols, Bericht über Pockenfälle in Tewskbury im Frühjahr 1894 S. 397.

Nicolle 301.
Nicolich 489. 490. 491. 492.
Nied, L., Über die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Europhen 654.
Nielsen, Ludwig, Referate 54. 98. 99. 104. 190. 193. 196. 291. 396. 473.
van Niessen, Über Pflanzenfaserseife (Übrigin). Ein Beitrag zur Desinfektion der operierenden Hände 345.
Nikolsky 496.
Nikulin, Tuberculosis verrucosa cutis 83.
— 376.
Nikutowski 373.
Nitze, Modifikationen des Operationscystoskopes 242.
— Der cystoskopische Evakuationskatheter 461.
— 298.
Niven James, „Heimkehr"-Rückfälle bei Scharlachfieber 360.
Nixon, Entfernung eines grofsen Blasensteines durch Litholapaxie 584.
Nobl, G., Zur Prophylaxis der blennorrhoischen Infektion beim Manne 303.
— Über Radikalbehandlung der venerischen Bartholinitis 305.
Noguès, Pseudomembranöse Samenbläschenentzündung mit dem Bacillus coli; nachfolgende Entzündung des Nebenhodens und der Tunica vaginalis 288.
— Infiltrierte Neubildung der Blase; der Beginn gekennzeichnet durch häufiges Urinieren und Schmerzen; Hämaturien wenig reichlich und erst spät auftretend 90.
— Zwei Fälle von schweren Verdauungsstörungen im Gefolge einer Blaseninfektion; schnelle Besserung durch die Spülungen mit Argentum nitricum 91.
— und Pasteau, Über die Anwendung des permangansauren Kaliums in der Behandlung der Blasenleiden 89.
Noorden 297.
Nové-Josserand, Über die Resektion der Vasa deferentia bei der Behandlung der Prostatahypertrophie 294.
— Elephantiasis der Haut 575.
Nuñez 265.
Nunn, T. W., Chronischer Krebs der Brust von mehr als 30jähriger Dauer 188.
Nuttell 49.

Oberdieck 265. 266.
Oberländer 527.
O'Connel Redmond, Enuresis nocturna 204.
O'Connor, Karbunkel 149.
Oestreich und Hadra, Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii durch Exstirpation einer tuberkulösen Nebenniere 652.
Oestreicher, Lichen urticatus 79.
Ogilvie, George, Über die Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation 518.
Ohmann-Dumesnil, Syphilitische Ulcerationen der Haut 412.
— Syphilitische Perforation der Nasenknochen 415.
— Das pustulo-krustöse Syphilid der Nasenspitze 416.
— Syphilitische Ulcerationen des Pharynx 416.
— Acne rosacea 573.
— Cornu cutaneum und Cornu unguale 648.
Oppenheim 40. 474.
Oppler, Zur Sterilisation elastischer Katheter mittelst Formaldehyddämpfen 106.
Örbäk, Ein Fall von Melanosis arsenicalis 193.
Ord 202.
Orlow, Über die Diagnose des Lichen ruber acuminatus Hebrae 561.
— und Lichatscheff, Zur Statistik der Lokalisation des Trippers bei den Prostituierten 83.
Ostermayer, N., Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi) an der Scrotalhaut 173.
Ouchterlony, J. A., Oxalurie 297.
*Oudin, Barthélemy und Darier, Über Veränderungen an der Haut und den Eingeweiden nach Durchleuchtung mit X-Strahlen 417.
— Über die therapeutische Verwendung der Ströme mit hoher Frequenz 343.
— 420. 421. 426. 427. 430. 431. 441.

Packard, J. R., Scharlachähnliche Ausschläge nach Operationen oder Traumen 349.
Page, Ch. C., Ein Fall von Phimosis traumatischen Ursprunges 45.
Paget 646.
Palamidessi, Über die Möglichkeit einer spontanen Heilung der experimentellen Lokaltuberkulose beim Kaninchen 408.
Palm, Dermatitis herpetiformis Duhring 234.
— Lichen ruber planus 234.
— 234.
Paltauf 323. 482. 483. 485.
Panichi, R., Über eine Modifikation der stimulierenden Behandlungsmethode der Alopecia areata 197.
Pantaleone, R., Noma infolge von Syphilis 522.
Parise 89.
Parker, W. R., Eccema geheilt mit Thyreoidextrakt 144.

Parker, W. R., 424.
Paschkis und Grosz, Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Jodothyrin 146.
Pasteau und Noguès, Über die Anwendung des permangansauren Kaliums in der Behandlung der Blasenleiden 89.
— Die verschiedenen Formen des Harnröhreneinganges beim Manne 90.
Paul, M. Eden, Akuter Pemphigus 572.
Paulin, Die Steinkrankheit in den alten Herzogtümern Lothringen und Bar 583.
Payne 249. 642.
*Pelagatti, Marius, Über Blastomyceten und hyaline Degeneration 157.
Pelletier 414.
Pellizzari, Ein ungewöhnlicher Leprafall 403.
— 141. 466.
Penne, Verkalktes Epitheliom des Scrotum 462.
Pentzoldt 298.
Péraire 355.
Pernet, G., Recidivierender Herpes zoster mit Bemerkungen über die Ätiologie desselben 42.
— 41. 249.
Perrin 316. 640.
Perry, J. C., Ätiologie und Behandlung der Bubonen 154.
— Varicella gangraenosa 132.
— Kongenitale Xerodermia 170.
— Pityriasis rubra pilaris 170.
Petersen, H., Der Zirkelschnitt bei der Behandlung der Unterschenkelvaricen und der varikösen Unterschenkelgeschwüre 49.
— O., Über die Grundlage der Ekzem-Behandlung 144.
— 451. 455. 496. 501. 504. 555.
Petit, Raymond, Chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie 589.
— Grofser extraperitonealer Rifs der Blase. Heilung 287.
Petrini, Eine neue Form von Akne 573.
— 316. 501. 560.
Pettit und Pichevin, Über einen Fall von Kraurosis vulvae 465.
Pezzer 521.
Pfeiffer, L., Die Kirtlandschen Abbildungen der geimpften Variola und der Vaccine vom Jahre 1802. S. 97.
— Th., Ein Fall von Pseudoleukämie mit spezifischen Erkrankungen der Haut 646.
— 96. 99. 298. 470.
Philippi, Referate 85. 99. 103. 135. 137. 149. 200. 202. 290. 292. 303. 336. 348. 349. 399. 402. 528. 580. 584. 585. 587. 591. 594. 595. 644.
Philippson, L., Über einen Fall von allgemeiner tuberöser Syphilis 254.
— 66.
Philips, Über Herzsyphilis 415.
Phillips, Leslie, Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis 43.
— Zur Behandlung des Waschekzems 145.
Pianese 68. 112. 122. 124. 125.
Piatot und Cestau, Der Brown-Séquardsche Symptomenkomplex mit syringomyelitischer Dissoziation syphilitischen Ursprunges 463.
Piccardi, G., Über die Resorption der Kalomelinjektionen 631.
Pichevin und Pettit, Über einen Fall von Kraurosis vulvae 465.
Pick 511.
Pigg und Kanthack, Carcinom des Testikels 585.
Pinner, Franz, Beitrag zur Barlowschen Krankheit 351.
Pisenti 2. 21.
Pitruzzella, Zur Salbenbehandlung der blennorrhoischen Urethritis 636.
Pitt, N., Kongenitale Striktur des Ureters 298.
Pitts, Gumma des Testikels 101.
— 101.
Planet 423.
Playfair 594.
Plehn, Albert, Wundheilung bei der schwarzen Rasse 356.
Plimmer 120.
Plonski, Melanotischer Tumor an der Wange 81.
— Framboesia syphilitica 620.
— Sklerodermie 621.
Podwyssowzki 120.
Poehl 292.
Polain, Lungensyphilis 103.
Pollitzer, S., Über das Wesen der Xanthome 566.
— 66. 567. 649.
Polotebnoff 186. 496.
Poncet 203. 582.
Ponfick, Präparate von syphilitischen Arthritiden 458.
Pop 35.
Popper, C., Die chirurgische Behandlung des Lupus vulgaris 39.
Posner 56. 516. 526.
Pospelow, Aktinomykosis bei gleichzeitigem Vorhandensein von sekundärer Syphilis 82.
— Mikroskopische Präparate von Akanthosis nigricans 83.
— Morsura unguium als Symptom einer Asphyxie locale des extrémités 562.
— Kurzes Lehrbuch der Hautkrankheiten 185.
— 30. 82. 376. 494. 495. 496. 498. 561. 562. 620.
Potain, Die nervösen und arthritischen Odeme 347.
Potarca, Über kongenitale Dilatation der Urethra mit Hypospadie 108.

Potter, J. H., Hämoglobinurie bei Malaria 297.
Poujol 587.
Poulain und Hallopeau, Über einen Fall von Lichen Wilson mit vorherrschenden akuminierten Elementen und eigentümlicher Hyperchromie 237.
Poupart 315.
Powell, Arthur, Prognostischer Wert des Herpes bei den Fieberattacken der Malaria 391.
— Die Karbunkel der Pest 392.
van Praag und da Costa, Lehrbuch der Dermatologie 470.
Prendergast, J. F., Ein einfaches Mittel gegen Enuresis 290.
Pribram 634.
Pringle, Xerodermia pigmentosa 130.
— Epithelioma der Kopfhaut 130.
— Fall von ulcerierendem, hypertrophischen Eccema verrucosum 130.
— Fall mit lokalisierter Sklerodermia 131.
— Fall von Lupus erythematosus 131.
— Lichen spinulosus (vel pilaris) 168.
— Fall zur Diagnose 169.
— Multiforme Manifestationen von Hauttuberkulose 170.
— Fall von Lichen planus 170.
— 41. 277. 325.
Profeta 411. 476.
Pusey, Wm. Allen, Ein Fall von Dermatitis herpetiformis im Anschlufs an die Vaccination 45.
Putnam 402.
Pye-Smith, P. H., Vier Fälle von bullösen Varicellen 41.
— Syphilitische Arteriitis der Aorta ascendens 105.
— 41.

Quahoubian, Fibrom der Blase 521.
Quénisset 430.
Quincke 304. 347.
Quinqaud 626.
Quist 96.

Rabl, Hans, Bleiben die Protoplasmafasern in der Körnerschicht der Oberhaut halten? 508.
Radiguet 420. 428. 434.
Raff 100.
Rafin, Blasendivertikel 532.
Ragnor, Lippenschanker 85.
— Ekzem und Phimose 84.
— 85.
Ramazotti, Venerische Adenitis 154.
Rampoldi 492.
Ransom, W. B., Aktinomykosis der Augenhöhle mit einer Zusammenstellung von sieben anderen Fällen von Aktinomykosis 150.
Ranvier 214.
Rasch, Chr., Ein Fall von monströser Elephantiasis aus den Tropen 152.
— Zur Behandlung des Phagedaenismus tropicus 153.
Ravogli, A., Urinabscefs infolge urethraler Striktur 108.
— Die forensische Bedeutung des Gonokokkennachweises 301.
— Die Behandlung des Lupus vulgaris durch Elektrolyse 407.
Rayer 164. 481.
Raymond, Tabes und cerebrospinale Syphilis 474.
— 167.
Raynaud, L., Übersicht über die Haut- und Geschlechtskrankheiten bei den Eingeborenen Algiers 86.
— 277. 278. 560. 656.
Raynor, Epithelioma contagiosum 335.
— 334.
von Recklinghausen 21. 123. 124. 205. 206. 207. 210.
Reid, W., Die Folgen der X-Strahlen 352.
— 425.
Reisner 452.
Rekowski 340.
Remak 455. 553.
Rendu 422.
Renner, Zwei bisher noch nicht beschriebene Symptome Addisonscher Krankheit 653.
Respighi 173. 628.
Retzius 582.
Rey, Dreizehn weiche Schanker bei einem Krätzkranken 87.
Reynolds, E. S., Lepra anaesthetica und maculosa 137.
Ribbert 2. 14. 21. 22. 206. 221.
Richardson, H. 425.
Richardson, T., Die lokale Behandlung des Karbunkels 150.
Richaud 32.
Richet 478. 644.
Richter, P. F., Die Behandlung der Prostatahypertrophie 292.
— 79. 198. 429.
Richter, R., Beitrag zur Lehre von der Entstehung der Trichorrhexis nodosa 197.
Ricketts, M., Chronisches Ekzem, behandelt mit Aethylchlorid 145.
— und Frith, Genesung bei hämorrhagischen Pocken 397.
Ricord 184. 300. 301. 413. 461. 578.
Ricordi 631.
Riehl 451. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 514.
Ries, K., Die praktische Bedeutung der modernen Cystoskopie 106.
— Referate 308. 471.

Riether, Gustav, Ein Fall von reichlicher Entwickelung von Vaccinepusteln auf dem Boden eines Kopf- und Gesichtsekzems 99.
Rille, J. H., Über den syphilitischen Primäraffekt in der Vagina 50.
— Ein Fall von trophischer Kiefererkrankung infolge von Tabes 51.
— Zwei Fälle von extragenitalem, syphilitischen Primäraffekt 409.
— 378. 379. 385. 624.
Rilliet 576.
Ritter, P., Früher durchgemachte Lues als Grund gleichzeitiger schwerer Komplikationen beim Durchbruch des oberen und unteren Weisheitszahnes 101.
Rivolda 68.
Rix, Die Wirkung der warmen Bäder bei Masern 362.
Rixford und Gilchrist, Zwei Fälle von Protozoen (Coccidien)-Infektion der Haut und anderer Organe 525.
Robbins, H. A., Nicht-venerische Syphilis 47.
Roberts, Leslie, Greift Lupus erythematosus die Schleimhäute an? 42.
— Folliculitis necrotica 42.
— Angioma serpiginosum 42.
— Melanosis, begleitet von mäfsiger Akanthosis (Akanthosis nigricans) 43.
— Neue Untersuchungen über Seborrhoe und ihre Folgeerscheinungen 247.
— 390.
Robinson, E. F., „Immunität" gegen Vaccine 398.
— Die prodromalen Ausschläge der Pocken 364.
Robinson, E. Laurie, Pocken und Impfung in Guernsey 1894—1895 S. 95.
Robinson, H. B., Cystische Erkrankungen beider Brüste 189.
— Syphilitische Gelenkerkrankungen bei Kindern 140.
— Kongenitale, syphilitische Frkrankung des Testikels 101.
— 640. 641.
Robinson, J. M., Allgemeininfektion bei Blennorrhoe 594.
Robson, A. W. Mayo, Ein Fall von Prostatectomia suprapubica mit Ausgang in Heilung 246.
Rochet und Durand, Cystotomia perinealis. Direkte Drainage des Blasengrundes vom Damme aus 582.
Rochon, Syphilis der Prostata 415.
Röhrig, Naevi lineares 622.
Röntgen 352. 353. 417. 419.
Roger, H., Beitrag zur Klinik des Erysipels nach 597 eigenen Beobachtungen 151.
Roger, M., Pneumokokkeninfektion bei Erysipel 152.
Rolleston, Tuberkulose der Schilddrüse 171.
— 105. 298.
Rollet 563.
Roloff 48.
Romary, Beziehungen der vorderen Blasengegend zum Bauchfell in den verschiedenen Altersstufen 203.
Romiti 480.
Róna, P., Entfernung eines in der Blase gebrochenen Katheterstückes 83.
— Über Urticaria mit Pigmentbildung 282.
— Ein Fall von Riesenpapillom nicht blennorrhoischer Ursache 300.
— Ein Fall von beginnender konsekutiver Kraurosis infolge von Pruritus introitus vaginae et perinei 627.
— 31. 126. 277. 279. 280. 563. 623. 627.
Róna, S., Fall von Psoriasis atypica 145.
Roncali, Über die Behandlung der malignen Tumoren durch Injektionen von Toxinen der Erysipelstreptokokken und des Bacillus prodigiosus (nach Kleeblatt und Coley), sowie durch Injektionen der sog. antikankrösen Präparate nach den Methoden von Richet und Héricourt und von Emmerich und Scholl 644.
— 75. 77. 110. 111. 115. 116. 117.
Rondelli, Einige Versuche über Behandlung der eitrigen Bubonen mittelst Einspritzungen von Terpentinöl in die Drüsen 155.
Rosenfeld, Georg, Harnsäure und Gicht 297.
Rosenthal, O., Syphilitische Myokarditis 415.
— Syphilis 621.
— 51. 234. 618.
Rosin 52.
Ross, Davies und Newsholme, Fall von rekurrierenden Pocken 397.
Rossi 631.
Rotterau 270.
Rovsing, Ph., Pseudomembranöse Pyelitis 242.
— Zwei Fälle von Testikelsarkom auf traumatischer Basis 291.
— 242.
Rouville, Carcinom der Prostata bei einem Hunde 587.
Roux 230.
Roxburgh und Collis, Ein Fall von Akromegalie 190.
Rufer 118. 120. 123.
Runge 537. 538. 539.
Russell, B., Purpura haemorrhagica mit rapidem, letalen Verlaufe 350.
— 73. 75. 123. 289. 466.
Rutter 120. 124.

Saalfeld, E., Zur Anwendung des Glutols 236. 618.
Sabolotsky 30.
Sabouraud, Bemerkung über die Alopecievarietäten 29.
— Über die Seborrhoe, die Kahlheit und die Alopecia areata 164. 167. 229. 230. 231. 232. 247. 602. 605. 607. 608. 609. 610. 612. 614. 636. 637.
Sachs 474.
Sachs-Beyrut 454. 502.
*Sack, Arnold, Über weitere Erfahrungen mit Ichthalbin (Ichthyoleiweifs) 365.
— Über die Multiplizität des syphilitischen Primäraffektes 409.
*— Zur Frage der Tuberculosis verrucosa cutis 481.
*— Ein Rückblick auf den Moskauer Kongrefs 493.
— Über das Ichthalbin (Ichthyoleiweifs), ein geschmack- und geruchloses Ichthyolpräparat 260.
— Referat 186.
— 482. 536. 537.
Sackur, Kritisch-experimentelle Beiträge zur modernen Behandlung der Prostatahypertrophie 292.
Sahli 198.
Saintin 514.
Salman, Ein Fall von schwerer Gelenkerkrankung nach Scharlach 360.
Salter, A., Formaldehyd gegen Trichophytie der Kopfhaut 148.
Salzer, Ein Fall von Epithelioma contagiosum an den Augenlidern 189.
Samson, C. v., Meine Fahrt zu Nic. Nikif. Denisenko (Brjansk. Gouvern. Orel) 155.
Samways, D. W., Die Behandlung des Pruritus ani mit Kollodium 579
Sanfelice 68. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 109. 110. 112. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 124. 125. 157. 158. 325.
Sarbó 563.
Saucerotte 583.
Savill 331.
Sawtschenko 120.
Scarenzio 488. 490. 492. 631.
Scarpa 369.
Schaeffer 451. 452. 503. 504. 508. 511.
Schalenkamp, Die Behandlung des Karbunkels ohne Incision vermittelst Injektion, Durchspülung und Auflegens von Sublimatlösung 149.
Schatteles, Ein Fall von extragenitaler Sklerose 33.
Schattenmann, Über Traumatol (Jodocrésine) 182.
Schattück 324. 327.
Schein, Moritz, Über die Ursachen der Entwickelung des Bartes 338.
Schein, Moritz, Ein Fall von abnormer Entwickelung des Bartes 580.
Scheube 185.
Schiff 159.
Schilling, Morbus Addisonii und Organtherapie 651.
— 514.
Schischa, Adolf, Die Behandlung der Bubonen mit Hydrargyrum benzoatum 578.
Schmey, Fedor, Über die Beziehungen zwischen Nebennierenerkrankungen (Morbus Addisonii) und Menstruationsstörungen 194.
— Schweres Exanthem nach dem Gebrauch von Salipyrin 355.
Schön, Ernst, Die Blattern in Afrika und die Schutzpockenimpfung daselbst 94.
Scholl 644.
Schotten 365. 533.
Schreiber 80.
Schuchardt 341.
Schueller, M., Ein Beitrag zu den blennorrhoischen Gelenkentzündungen 303.
Schütz 508.
Schulze, Bernhardt, Lungenembolie bei Injektion von Hydrargyrum salicylicum 86.
Schuster, L., Über blennorrhoische Allgemeinerkrankung 385.
Schutte, Die „Jenner"-Impfstoffmühle 400.
Schweiger, Siegfried, Einige Fälle von Lithiasis im Kindesalter 202.
De Schweinitz, E. A. 340.
Schwimmer, Fall von Hauttuberkulose der Nase 126.
— Fall von Syphilis hereditaria tarda 126.
— Fall von Neurodermitis papulosa pigmentosa 127.
— Psorospermosis (Darier). Keratosis hypertrophica universalis 155.
— Ein Fall von Dermatitis exfoliativa 278. 622.
— Ein Fall von Epithelioma ähnlichem Scrophuloderma 278.
— Ein Fall von Lichen papulo-oedematosus 279. 563.
— Ein Fall von Lupus und Erysipel 562.
— Ein Fall von Initialsklerose der Tonsille 562.
— Ein Fall von Syphilis maligna 623.
— Ein Fall von hysterischer Hautaffektion 624.
— 32. 127. 276. 277. 279. 281. 316. 563. 624. 625. 626.
*Secchi, Thomas, Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten 68. 109.

Secchi, Thomas, Zur Histologie und Ätiologie der Nackenkeloide 466.
Sederholm, E. und Jansen, Zur Bekämpfung der Lepra 402.
— 455. 560.
Sée, Marcel 250.
Seelig, Albert, Ein Fall von Urethritis tuberculosa 245.
— 289.
Seguy, Gaston 430.
Sehrwald 424.
Selander, E., Die Entwickelung der Jennerschen Prinzipien in der modernen Medizin 98.
Sellei, Ein Fall von Filaria medinensis 129.
v. Sematzki, J., Die Behandlung der malignen Tumoren mittelst der Streptococcuskulturen und der Mischkulturen von Streptococcus und Bacillus prodigiosus 644.
*Semenow, Th. V., Zehn Fälle des Sarcoma idiopathicum pigmentosum multiplex cutis 539.
Semon 147.
Senator 349.
Sevell 425.
Shattock, S. G., Keratinisierendes Epitheliom der Kopfhaut 644.
Sheen, Ein Ausbruch von Pocken im Arbeitshause zu Cardiff 397.
Sheffield, Behandlung der Trichophytie der behaarten Kopfhaut 148.
Sheild, Tumoren in der Unterbauchgegend 168.
— 440.
Shepherd, Einige Fälle von artificiellen Ausschlägen 627.
— 567.
Sherwell, Samuel, Schanker der Wange 84.
— Schanker beider Brustwarzen 85.
— Epitheliom 133.
— Therapeutische Anwendung der Erysipeltoxine 134.
— Gumma auf der Stirn 135.
— Alopecia areata 331.
— Epithelioma contagiosum 332.
— Fall von kongenitaler Ichthyosis 332.
— Zwei Fälle von Ichthyosis 332.
— 83. 85. 332. 333. 335. 336.
Shields 301.
Shiwult, Narbenkeloide 30.
— Elephantiasis faciei 30.
— 30. 561.
Siegel und Bussenius, Zur Frage der Übertragung von Maul- und Klauenseuche auf Menschen 576.
Siegheim, Über Endocarditis blennorrhoica 596.
— 234.
Sienne, Valerio, Das Guajakol bei der blennorrhoischen Orchepididymits 596.
Signata 492.
Silcock 2.
Silex 48.
Silvestrini nnd Baduel, Die hämorrhagischen Infektionen des Menschen 349.
Simon 268.
Simonelli und Colombini, Über den Wert der frühzeitigen Quecksilberbehandlung der Syphilis 141.
— — Kann das Jodnatrium in der Syphilisbehandlung das Jodkalium ersetzen 254.
Simpson 491.
Sinizin, Ein Fall von multiplem Lipom 191.
Sjobring 120. 124.
Sirleo 75. 111. 114. 158.
Skene 264. 265. 599.
Skinner, H., Pharmazeutische Notizen 44.
Smirnoff 487. 488. 490. 631.
Smith, E. D., Ein seltener Fall von Pityriasis versicolor 580.
Smith, J., Lichen planus 576.
Smith, T. F. H., Vergrößerte Schilddrüse, Verschwinden derselben, gefolgt von Myxödem 198.
Smith, W. G., Ein ungewöhnlicher Fall von Lupus 43.
Snow, H., Kolloides Carcinom der Brust 645.
Socin, Über die Bedeutung der Kastration für die Behandlung der Prostatahypertrophie 294.
*Soffiantini, G., Die Behandlung der Syphilis mittelst Einspritzung löslicher und unlöslicher Quecksilberpräparate 487.
— 492.
Solomin, P., Über lokales cirkumskriptes Amyloid in der Harnblase 532.
Solomon, L. L., Interessante Beobachtungen bei einer syphilitischen Familie 47.
Sorel, H. 422. 423.
Sota y Lastra, Ramon de La, Laryngitis leprosa 93.
Soudakiewitsch 72. 73. 75. 115. 118. 120. 121. 122. 123
Southam, F. A., Über die Radikalbehandlung der Hydrocele durch Excision des Sackes mit Bemerkungen über 22 Fälle 586.
— Ein Fall von doppelseitiger Kastration wegen prostatischer Urinretention 293.
Soxhlet 476.
Spencer, W. G., Über das Lymphadenoma und seine Beziehung zu anderen krankhaften Geschwülsten 192.
— 171.
Speranski, Syphilitische Knochenaffektionen 82.

Speranski, Lepra 561.
Sperk, Ed., Gesamtwerke: Syphilis, Prostitution 50.
Spiegler, Eduard, Über Trichorrhexis nodosa barbae und ihren Erreger 510.
Spietschka, Th., Zur Therapie der Blennorrhoe 387.
Sprengel, Jodoformkalomel in der Behandlung der Höhlenwunden 343.
Spruijt-Landskroon, J., Referat 470.
Sprunck, Hans, Über die vermeintlichen Tysonschen Drüsen 528.
Stadler, Zur Ätiologie und Behandlung der Trichorrhexis nodosa 198.
Stanziale, Bakteriologischer Beitrag zum Studium der periurethralen Abscesse infolge von Blennorrhoe 597.
— Weitere histologische Untersuchungen über die luetischen Veränderungen der Gehirnarterien 686.
Starcke, Über die Wirkungen des Giftes der Larven von Diamphidia locusta 355.
*Stark, Über das Haemolum hydrargyrojodatum 378.
*— Zur Behandlung der Blennorrhoe 615.
Steele, Ernest, Rapid sich verbreitende Gangrän, behandelt mit Antistreptokokkenserum 654.
Stefanini 492.
Steffen 147.
Steiger 570.
Stein, Ludwig, Über Hämorrhoiden und ihre Behandlungsmethoden 195.
Steindler, Leo, Alopecia totalis neurotica 197.
Steiner, A., Zur Kasuistik der Sekundärinfektionen bei Varicellen 94.
— Zwei Fälle von Pigmentsarkom der Haut 186.
Steinschneider 599.
Stephan, Ein Fall von Sklerodaktylie 656.
Stern, J., 425.
Steven Lindsay, Eine Reihe von Fällen, welche den Einfluſs der Syphilis auf das plötzliche Eintreten alarmierender Störungen des Nervensystems illustrieren 474.
Stewart, Kenneth, Hämoglobinurie bei Malaria 296.
Sticker 451. 453. 502. 505.
Stintzing 298.
Stockmann, F., Über Doppelbildung der männlichen Harnröhre 518. 634.
Stoker, G., Über den Gebrauch von Sauerstoffgas bei der Wundbehandlung 345.
Stokes und Gilchrist, Ein Fall von Pseudo-Lupus vulgaris, zurückzuführen auf die Anwesenheit und das Wachstum eines Blastomyceten 629.
Stolper, P., Beiträge zur Syphilis visceralis (Magen-, Lungen-, Herzsyphilis) 101.
Storbeck, Zur Richtigstellung und Abwehr in der Tabes-Syphilisfrage 53.
— 477.
Storch 237.
Stoukowenkoff 487. 488.
Stowers 41.
Strauss, Arthur, Über Technik und Erfolge der Behandlung der Blennorrhoe mit Spülungen von Kalium permanganicum 307.
— Referate 259. 260. 307. 346. 654.
Strauss, J., Über den Einfluſs des kohlensauren Kalkes auf den menschlichen Stoffwechsel, ein Beitrag zur Therapie der harnsauren Nierenkonkretionen nebst einem Anhang über Alloxurkörperausscheidung bei Nephrolithiasis 182.
Streubel 270.
Stromayer, Emil, und Chvostek, Über alimentäre Albumosurie, ein Beitrag zur Diagnostik ulcerativer Darmprozesse 294.
Stüve, Stoffwechseluntersuchungen bei einem Falle von Pemphigus vegetans 182.
Stumpf, L., Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1895 S. 398.
Sutherland, Bronzekrankheit (Addisonsche Krankheit) 194.
Sutton, B., 2. 597.
Swoboda, Keratitis parenchymatosa und Iridocyclitis fibrinosa congenita 100.
Symonds, Ch., Krebsartige Cysten der Brust 188.
Szymanowski 268.

Taenzer, P., Weitere Mitteilungen über Nikotianaseife 344.
— Referate 258. 643.
— 125. 337.
Tailhefer, E., Über das Naevo-Carcinom 87.
— Ein neuer Mifsstand beim Blasenstich im Hypogastrium 582.
Tandler, Gustav, Beitrag zur Kenntnis der Sarcomatosis cutis 630.
Tangl, F., und von Baumgarten, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen 47.
Le Tanneur 369.
Tanturri 316. 514.
Tarnowsky 280. 498. 623. 624.
— und Jakowlew, Die Behandlung der Syphilis mit Serum merkurialisierter Tiere 632.
Tattersall, Ch., Vaccination und Pocken in Oldham 1895 S. 96.
Taylor, G. G. St., Ausschläge nach Quecksilbereinreibungen 390.

Taylor 51. 182. 316. 628.
— und Hyde, Welche Momente beeinflussen den Verlauf der Syphilis? 627.
Temesváry 627.
Tenneson 166. 229. 396.
Terrier 439.
Tesla 434.
Thibierge, Georges, Ein serpiginöses Epitheliom der Stirngegend 460.
— 560.
Thierfelder 577.
Thiersch 175.
Thimm, P., Über das Difluordiphenyl als Wundheilmittel, speziell in der dermatologischen Praxis 512.
Thoma 120.
Thomas 385. 386.
Thomson, Alexis, Über Neurofibromatosis und Tumoren in Beziehung zu Nerven 649.
Thomson, E., 425.
Thost, A., Chronischer Pemphigus der Schleimhäute 147.
Tietze, Alexander, Beobachtungen an einem Falle von multiplem Melanosarkom mit Melanurie 156.
Tillaux 354.
Todd, P. E., Der Einfluß akuter, spezifischer Krankheiten auf die Lepra 137.
— Die Geschichte und die Verbreitung der Lepra in der Kap-Kolonie 408.
Töpfer, G., Ein Fall von Xanthoma tuberosum diabeticum 281.
Török, Ein Fall von Lupus vulgaris disseminatus 276.
— Demonstration von Lichen ruber acuminatus (Pityriasis rubra pilaris)-Präparaten 278.
— Ein Fall von Eccema marginatum mit ausgebreiteter und ungewöhnlicher Lokalisation 31.
— Ein Fall von Lichen ruber acuminatus (Pityriasis rubra pilaris) 31.
— Über die Bedeutung des Ekzems und über die allgemeine Reaktion der Haut 129.
— 32. 127. 276. 277. 279. 280. 563. 623. 624. 625.
Tokishize 68.
Tomkins, H. H., Die Behandlung des Karbunkels 150.
*Tommasoli, Die Injektionen von künstlichem Serum als Methode, den Tod nach Verbrennungen zu verhüten 57.
— 44. 277. 636.
Tona, G., 73.
Tonoli, Über einen Fall von Morbus Addisonii, geheilt durch das Pulver von Nebennieren 651.
Touton 316. 376. 506. 511. 620.
Trachsler 159. 160.
Trautenroth, A., und Bunge, Smegma- und Tuberkelbacillen 341.
Trélat 575.
Trogneux, Beitrag zum Studium der Vesico-Umbilikalfistel 531.
Trousseau, Die parenchymatöse Keratitis bei der erworbenen Syphilis 413.
Truffi und Massazza, Eine Syphilisepidemie in der Gemeinde Casatisma im Jahre 1895/96 S. 466.
Trunecek und Cerny, Radikalheilung des Epithelioms 645.
Tschernogubow 561.
Türkheim, Referate 67. 88. 180. 181. 227. 381. 463. 466. 492.
Tuffier, Die Totalexstirpation der Blase wegen eines diffusen Tumors 532.
Tunk 316.
Tursini 254.
Tuttle, James P., Über Urethro-Rectalfisteln. Eine neue Operationsmethode nebst Bericht über drei erfolgreich behandelte Fälle 516. 517.
— Eine neue Behandlung der Nebenhoden- und Hodenentzündung 586.
Twitchell 301.

Ucke, Ein Beitrag zur Epidemiologie des Erysipels 574.
Ultzmann 532.
*Unna, P. G., Filmogen 159.
*— Über Ichthyol 583.
— Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg 1896 S. 50.
— Tinktorielle Präokkupation und subtraktive Tinktion 339.
— Der Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen 340.
— Carcinoma serpiginosum multiplex 461.
— Impetigo 569.
— Aktinomykose und Madurafuß 577.
— Zoster femoralis 621.
— Tierfellähnlicher Naevus 621.
— Referat 643.
— 10. 11. 14. 15. 65. 66. 87. 123. 124. 125. 126. 158. 174. 183. 205. 206. 207. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 217. 219. 221. 222. 225. 227. 237. 240. 245. 258. 299. 337. 340. 368. 370. 443. 451. 452. 453. 454. 455. 465. 466. 484. 498. 501. 502. 506. 507. 508. 514. 522. 552. 554. 573. 601. 602. 605. 606. 608. 610. 611. 612. 614. 622. 626. 627. 638. 642. 654.
Urbino, A., Die rasche Heilung von zwei Fällen syphilitischer Iritis durch intramuskuläre Sublimatinjektionen 100.
d'Urso, G., Über einen Fall von inokulierter Hauttuberkulose 138.
Ustinow, Leprabacillen 30.

Vajda, Ein Fall von frühem Tertiarismus kombiniert mit Tuberkulose 279.
— 563.
Valency und Long, Ein Fall von Lepra bei einem Bretonen 462.
Vanghetti 307.
Vedeler, Das Vaccineprotozoon 99.
Veillon und Brocq, Aleppobeule 27.
Verhogen, Radikalbehandlung der Hydrocele 586.
Vidal 164. 239. 316. 486. 487. 595.
Vieth 366. 368. 537.
Vigener, Beitrag zur Morphologie des Nagels 338.
Villemin 481.
Virchow 3. 88. 122. 413. 414. 449. 453. 455. 456. 465. 551. 557. 575.
Voigt, Leonhard, Bericht über die im Jahre 1895 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung 97.
— Der Impfschutz der Hamburger Variolavaccine des Jahres 1881 S. 399.
— 566. 632.
Volkmann 300. 587.
Vollmer und Aschoff, Experimentelle Studien über Chlorcalcium und seine Verwertung in Kreuznacher Badekuren. Ein Beitrag zur Lehre vom Einfluſs der Hautnerven auf den Stoffwechsel 282.
Vostano, Von der Nichtidentität der Varicellen und der Variola 363.
Voswinkel, Eugen, Dilatationskatheter mit zurückziehbarer Leitsonde 530.
Vulpian 44.

Waelsch, L., Über eine eigentümliche Form multipler infektiöser Hautgangrän 35.
— Über Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit 142.
— 570.
Wagner, E., 44.
v. Wahl 558.
Waldeyer 214.
Walker, Norman, 118. 120. 123. 133. 299.
Wallis, Carl, Edw. Jenners Leben und Wirksamkeit 98.
— Fibröser Tumor des Medianus 190.
Walsh 249.
Walton, Über die Behandlung von Brandwunden mit Aristol 355.
Ward, A. H., Der Primäraffekt der Syphilis 409.
Washbourn und Goodall, Die Inkubationsperiode der Varicellen 363.
Wassiliew, Zur vergleichenden Schätzung der verschiedenen Methoden für die quantitative Eiweifsbestimmung im Harne 295.
Wassiliew 265.
Watraszewsky 496.
Weber, K., und Klingmüller, Untersuchungen über Lepra 401.
— 451.
Weglau 184.
Weichselbaum 304. 341. 342. 598.
Weigert 104. 571. 577.
Weil und Hallopeau, Über vormykotische Erythrodermie mit Veränderungen in der Mund- und Rachenhöhle 239.
— und Bureau, Vierte Bemerkung über einen Fall von Mykosis fungoides 29.
—, Le Dentu, Über postlupöse Atresien nebst Bemerkungen über deren Beseitigung 179.
Weissenberg, Zur Impftechnik 100.
Welander, E., Beiträge zur Frage der Übertragung der Gonokokken bei Augenblennorrhoe 302.
— Über eine einfache therapeutische kräftige Methode der Anwendung von Unguentum Hydrargyri 388.
— 155. 385. 478. 578. 579. 599.
Welch 49.
Wenge, Walther, 643.
Werler, O., Über die Behandlung der venerischen Geschwüre mit Itrol (Argentum citricum purissimum) 513.
Wernich 262.
Wertheim 511. 565.
West, S., Fall von desquamativer Dermatitis der Beine mit leukodermischen Flecken am Stamm 130.
Westberg, Beitrag zur Lehre vom Pemphigus 570.
Westervelt, J. D., Noch ein interessanter Fall von Blennorrhoe bei einem Kinde 594.
Westphal, A., Ein Fall von Tabes und Herpes zoster 358.
— 621.
White, James C., Ansprache über die Entwickelung der amerikanischen dermatologischen Vereinigung 565.
— 246. 425. 627.
Whitfield und Morris, Ein Fall von Dermatitis herpetiformis mit einigen eigentümlichen Merkmalen 247.
Wickham, Dermatitis renalen Ursprunges 355.
— Referate 27. 237.
— 28.
Widowitz, Ein Fall von generalisierter Vaccine 98.
Wigleworth 316.
Willan 27. 162. 481.
Williams, W. R., Die Rolle, welche die embryonalen Reste bei der Entstehung von Tumoren spielen 343.
— Ein Fall von multiplem primären Krebs 645.
Willoughby, W. G., Ichthyosis 569.
Wilson 622.

Winfield, Primäraffekt auf der Unterlippe 85.
— Primäraffekt am Anus 85.
— Zur Anwendung der Erysipeltoxine 134.
— Tuberöse Syphilis 135.
— Fall von einseitigem Erythem 332.
— Ein Fall von kongenitaler Hypertrophie 333.
— Fall zur Diagnose 335.
— Beitrag zur Ätiologie der kongenitalen Ichthyosis 567.
— Referate 85. 135.
— 83. 84. 332. 333. 334. 335. 336.
— und Manley, Erythema scarlatiniforme 336.
Winkel 68.
Winkler, Ferdinand, Über eigentümliche, spezifisch färbbare Gebilde in syphilitischen Produkten 411.
Winterberg, W., Ein Fall von Hydatidencyste der Prostata nebst Cysten des Peritonealraumes und der Leber 587.
Wohl 281.
Wolff, A., 51.
Wolff, C. F., 266.
Wolff, Versuche mit Glycerin zur Sterilisierung weicher und elastischer Katheter 242.
Wolff (Wilhelmsburg), Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva 195.
Wolters, M., Über lokale Veränderungen nach intramuskulärer Injektion von Hydrargyrum salicylicum 34.
— 287.
Woltersdorf, Gerhard, Heilung lokaler Hauttuberkulose durch Stauungshyperämie (Baersche Stauung) 138.
Wyeth, J. A., Die Behandlung der Strikturen der männlichen Urethra 132.

Yarian, N. C., Ein Fall von angioneurotischem Odem 348.

Zambaco 404. 462.
Zarewicz 378.
Zarrina 492.
v. Zderas, Hovorka und Ehlers, Mal de Meleda 387.
v. Zeissl, M., Syphiliscontagium 410.
— Über den Blasenverschluſs 462.
Zeleneff 516.
Zelenski 618.
Ziegelroth 477.
Ziegler, Paul, Über Alopecia congenita 36.
— 111. 124.
Ziehl 401. 402.
Zimmermann, Über Augenaffektionen bei Gehirnsyphilis 54.
Zoege-Manteuffel, W., Zur operativen Behandlung der Varicocele 291.
Zuaglino 492.
Zuckerkandl, O., Letaler Ausgang nach Sondierung der verengten Harnröhre 530.
— 393.
Zülzer 368.
Zwetitch 410.

JUN 14 1982

41C 1608 4113
3444